

CARLA DANIELE STRAUB

**FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE SOB A
ÉGIDE DA PRODUTIVIDADE**

Florianópolis
2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE SOB A
ÉGIDE DA PRODUTIVIDADE

CARLA DANIELE STRAUB

Dissertação de Mestrado apresentada como
requisito parcial para a obtenção do título de
Mestre em Educação pelo Programa de Pós-
Graduação em Educação, da Universidade
Federal de Santa Catarina.
Linha de Pesquisa: Trabalho e Educação
Orientadora: Dra. Eneida Oto Shiroma
Co-Orientadora: Dra. Maria Lucia Frizon Rizzotto

Florianópolis
2007

CARLA DANIELE STRAUB

**FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE SOB A
ÉGIDE DA PRODUTIVIDADE**

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação da Banca examinadora para obtenção do título de **Mestre em Educação**.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Eneida Oto Shiroma
Presidente

Dra. Maria Lucia Frizon Rizzotto
Co-orientadora

Dra. Adriana Duarte
Membro

Dra. Rosalba Maria Cardoso Garcia
Membro

Dra. Valeska Nahas Guimarães
Membro

Este trabalho é dedicado aos meus pais,
Moacir e Maria Inês.
Que acham o estudo
a coisa mais linda do mundo.

AGRADECIMENTOS

Este momento é onde se pode reconhecer o caráter de trabalho coletivo, escrito a muitas mãos, que a pesquisa acadêmica possui. Se a síntese que se expressa nesta dissertação foi realizada, no limite, individualmente, o mesmo não pode ser dito do processo de construção.

Começo agradecendo à minha família, presença constante. Meus pais, com sua profunda coragem, generosidade e amor, que de tudo fazem pra conseguir que suas filhas estudem. À Michele, companheira para o trivial e para o teórico, saudade profunda nestes dois anos. Laura, tesourinho genial, motivo de risos e preocupações. E ao Hugo, consultor de assuntos informáticos, que quase me enlouqueceram!

Ao meu querido e amado companheiro Márcio, que mesmo a milhares de quilômetros, na sua impaciente paciência, soube estar sempre presente, dividindo angústias e também descobertas. Norte, aqui vou eu!

Aos meus tios, Gilberto e Valquíria, que me acolheram nestes dois anos, permitindo que eu pudesse realizar meus estudos com conforto, permitindo que eu participasse não apenas de sua casa, mas da intimidade familiar. À Letícia, pelo apoio logístico! E a todo o resto da família, sempre atentos e na torcida.

Sem dúvidas, quem esteve muito perto de mim neste processo de mestrado foi minha orientadora, a professora Eneida Shiroma. A sua postura de orientadora alimentou em mim um respeito gigantesco, pois dentre tantos compromissos sempre esteve a postos, respondendo aos meus chamados. Além do compêndio teórico que é, a Eneida possui uma gentileza ímpar, encantadora. Obrigada por esses dois anos, aprendi muito, e foi um prazer tê-la como chefe!

À Maria Lucia, co-orientadora nesta pesquisa, meu agradecimento pelo privilégio de poder dialogar com uma pessoa de tamanha generosidade teórica. Lembro-me de quando, no auge da inquietação resultante da identificação de contradições da formação acadêmica, logo no início da faculdade, você sugeriu a continuidade dos estudos na área da educação. Eis-me aqui! Aproveito para ampliar meus agradecimentos a todo o GPPS de Cascavel, em especial à Francis e à Lílíam, que sempre me remetem a profundas reflexões.

É necessário também agradecer aos professores com quem pude dialogar neste processo: Célia Vendramini, Paulo Tumolo, Ari Jantsch, Lucidio Bianchetti, Valeska Guimarães e Olinda Evangelista. Desta dissertação participam reflexões construídas durante nossos encontros. Do mesmo modo, é necessário agradecer à banca de qualificação, momento muito importante na delimitação da pesquisa, na qual participaram Denise Pires, Valeska Guimarães e Rosalba Cardoso.

Agradeço também ao GEPETO, grupo de pesquisa que me acolheu na UFSC. São muitos os gepetistas, mas gostaria de destacar aqueles com quem estabeleci um convívio mais próximo: Eneida, Olinda e Rosalba (que, localizadas justamente no computador ao lado, me obrigavam a render-me à tentação de insistentemente questionar sobre tudo), e Maria Helena. E também às colegas pesquisadoras Julia e Suzane, que dentre cachorros-quentes e e-mails, dividimos dúvidas e reflexões.

É preciso agradecer ao adorável convívio com os colegas da linha Trabalho e Educação, companhia de estudos e de desestudos: Aline, Herrmann, Izalane, José Roberto, Leila, Marisa, Rosana, Valéria e Vera. Uma alegria conhecê-los! Um agradecimento especial à Rosana, cuja casa esteve sempre aberta.

Outros seres imprescindíveis são os amigos que, perto ou longe, souberam participar deste momento. Lilian (onipresente), Evelin, Tainá, Jesiane, Aline, Cristiane e Suze.

Por fim, agradeço às professoras que aceitaram participar da minha banca de defesa. À professora Adriana Duarte, pela prontidão, e também à Rosalba e Valeska, que aceitaram repetir a dose.

Agradeço à UFSC, espaço aberto para os debates acadêmicos que me permitiram extrapolar os limites do curso de mestrado.

Agradeço à CAPES, que proporcionou condições objetivas para a execução da última metade da pesquisa.

Agradeço, finalmente, às pessoas que cotidianamente batalham pela construção de uma sociedade diferente. Espero que minhas reflexões neste trabalho possam contribuir com esta luta.

*“La inocencia no mata al pueblo
pero tanpoco lo salva,
lo salvará su conciencia
y en eso mi apuesto mi alma”*

Ali Primera

“Tenho vinte e cinco anos
De sonho e de sangue
E de América do Sul
Por conta deste destino
Um tango argentino
Me vai bem melhor que um *blues*”

Belchior

RESUMO

Este estudo investiga, por meio de pesquisa bibliográfica e documental, os principais conceitos presentes nos documentos de Organismos Internacionais que propõem o estabelecimento de “Políticas de Recursos Humanos em Saúde” e como essas recomendações se articulam à tendência de focalização das políticas públicas em curso no Brasil. Ademais, objetiva discutir qual é a racionalidade expressa nos documentos para a gestão dos trabalhadores de saúde. Assim como ocorre nas políticas educacionais, a centralidade do discurso presente nos documentos consultados incide sobre os trabalhadores de saúde. As “Políticas de Recursos Humanos” são apresentadas como elemento-chave para o sucesso das reformas neste setor. Discutimos a afirmação de uma ligação direta entre o fracasso no alcance de metas das reformas setoriais e a ação dos trabalhadores. Os argumentos encontrados em defesa dessas políticas são: dependência de uma força de trabalho adequada no que tange às competências e envolvimento; o grande contingente de trabalhadores no setor justificaria a proporção elevada de gastos, sejam eles diretos ou indiretos; o desempenho dos trabalhadores determinaria a qualidade, eficácia, eficiência, acessibilidade e viabilidade dos serviços de saúde. O foco das “políticas de recursos humanos em saúde” consiste em promover mudanças nas práticas de gestão, incluindo a formação/qualificação profissional. Assim, a qualificação profissional não tem por objetivo central apenas ampliar a eficiência dos serviços de saúde, mas também alinhar os trabalhadores aos objetivos das reformas, constituindo-se em mais uma estratégia de controle deste contingente. As informações coletadas nesta pesquisa acerca das mudanças, em curso, no setor permitem inferir que estas propostas de reformas não são exclusivas para os sistemas nacionais de saúde, mas estão inseridas num projeto mais amplo que tem por objetivo a gestão do trabalho e da pobreza.

Palavras-chave: Políticas Sociais. Política de Saúde. Gestão. Produtividade. Focalização. Organismos Internacionais.

ABSTRACT

This research investigates the main concepts presented in the documents of International Organisms which establish the basis of “Health Human Resources Politics” and discusses how their recommendations are articulated with the trend of focalization verified in the current public policies in Brazil. Besides, it aims to analyze the recommendations in these documents related to the management of the health workers. As well as in educational policies, the current discourse focuses on the workers of the Health sector. The development of “Human Resources Policies” is presented as the key-element for the success of reforms in this sector. We discuss the ideological meaning of this kind of cause-effect relationship between the professional development of health workforce and the failure in reaching the goals of the sectorial reforms. The apologetics arguments of these politics are: dependence of an adjusted workforce in terms of abilities and involvement; the great contingent of workers in the sector would justify the high ratio of expenses direct or indirect; the performance of the workers would determine the quality, effectiveness, efficiency, accessibility and viability of the health services. The focus of the “Health Human Resources Policies” consists in promoting changes in the management of workers, including the formation e vocational education. Thus, the professional qualification does not only have the main objective of widening the efficiency of the health services, but also to line up the workers to the objectives of the reforms. It consists in a kind of control strategy of this workforce. The gathered information about the current changes in the health sector indicate that those reforms are not exclusively to the National Health System but are inherent to a broader conservative project which aims to the management of work and poverty.

Keywords: Social policies. Health policy. Management. Productivity. Focalization . International Organisms.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AID - *Agency for International Development*

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

BIRD - Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento

BM - Banco Mundial

CAPES – Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal da Educação Superior

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CES – Câmara de Educação Superior

CGP – Condições Gerais de Produção

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNRHS – Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DEGERTS – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

EUA – Estados Unidos da América

FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador

FMI - Fundo Monetário Internacional

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILO – *International Labor Organization*

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

IPEA – Instituto Nacional de Pesquisa Econômica Aplicada

LACHSR – *Latin America and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative*

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado

MRS - Movimento da Reforma Sanitária

NOB-RH – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos

OEA – Organização dos Estados Americanos
OEI – Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
OPS – Organização Pan-Americana de Saúde
OSP – Oficina Sanitária Pan-Americana
PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS – Plano de Cargos, Carreira e Salários
PHRPlus – *Partners for Health Reform*plus
PIB - Produto Interno Bruto
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PREAL – Programa de Promoção da Reforma Educativa na América Latina e Caribe
PROFAE – Projeto de Formação dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PSF - Programa de Saúde da Família
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USA – *United States of America*
USAID - *United States Agency for International Development*
WHO - *World Health Organization*

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Competências Gerais Requeridas para os Profissionais da Saúde

Quadro 2: Resultados obtidos a partir dos princípios reitores de reformas na América Latina e Caribe

Quadro 3: Objetivos e Estratégias das Reformas Setoriais em Saúde

Quadro 4: Os sete pilares da qualidade em saúde

Tabela 1: Atributos do sistema de saúde mais valorizados pela população

SUMÁRIO

Lista de Siglas

Lista de Quadros e Tabelas

INTRODUÇÃO.....	15
1 – Origem do problema e objetivos.....	16
2 – Metodologia.....	17
3 – Trabalhadores: no centro do discurso e na periferia das decisões.....	19
4 – Breve histórico do Sistema Único de Saúde.....	24
5 – Estrutura da dissertação.....	36
 CAPÍTULO 1 – ORGANISMOS INTERNACIONAIS E POLÍTICAS SOCIAIS: O BANCO MUNDIAL COMO DIFUSOR DE IDÉIAS REFORMISTAS NA ÁREA DA SAÚDE.....	 38
1.1 – Organismos Internacionais: emergência e atuação política.....	39
1.1.1 – Políticas sociais e o combate à pobreza: a focalização como diretriz política.....	51
1.2 – Políticas de saúde difundidas pelo Banco Mundial.....	60
1.2.1 – <i>Salud: documento de política sectorial</i>	64
1.2.2 – Relatório sobre o desenvolvimento mundial: investindo em saúde.....	71
 CAPÍTULO 2 – A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHADOR COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO E O TRABALHO EM SAÚDE.....	 84
2.1 – Políticas sociais no capitalismo contemporâneo.....	85
2.2 – Uso e controle da força de trabalho.....	92
2.2.1 – A qualificação do trabalhador.....	97
2.3 – Trabalho em saúde.....	103
2.3.1 – Discussões sobre a força de trabalho em saúde no Brasil	113
2.3.2 – Considerações sobre a organização do trabalho em saúde no Brasil.....	123

CAPÍTULO 3 – CONCEITOS CENTRAIS DA AGENDA DE REFORMA EM SAÚDE.....	126
3.1 – A lógica e os conceitos que fundamentam as propostas de reformas.....	130
3.1.1 – A lógica da produtividade.....	134
3.1.2 – O conceito de Eficiência.....	143
3.1.3 – O conceito de Equidade.....	152
3.1.4 – O conceito de Qualidade.....	158
3.2 – A racionalidade das “Políticas de Recursos Humanos em Saúde”	163
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 166
 REFERÊNCIAS.....	 174
 DOCUMENTOS ANALISADOS.....	 181

INTRODUÇÃO

Os setores envolvidos com políticas sociais têm sido alvo de sucessivas reformas, especialmente após a década de 1990. Essas reformas afetam, entre outros, os sistemas nacionais de educação, saúde e previdência social, e possuem a similaridade de serem orientadas pela redução dos investimentos públicos, dentro de uma lógica de eficiência financeira. Trata-se de uma estratégia presente nas recomendações políticas difundidas por Organismos Internacionais, e a adoção de tais recomendações constitui-se também em uma condicionalidade para que os Estados nacionais possam contrair empréstimos desses organismos.

Estas reformas geraram implicações no campo da educação e trabalho, e os documentos que lhes servem de suporte preconizam uma nova formação para os trabalhadores, orientada por preceitos de competências, empregabilidade, profissionalização, produtividade, eficiência, eficácia entre outros. O recorte privilegiado neste estudo focaliza a política de formação dos trabalhadores de saúde.

No setor da educação, Shiroma e Evangelista (2004b, p. 2) argumentam que, nas últimas décadas, a profissionalização docente assumiu lugar de destaque na política educacional de diversos países, e foi tema de documentos oficiais de vários Organismos Internacionais, citando o Banco Mundial, a OEI e a UNESCO.

O comprometimento da política de profissionalização docente está além da propalada preocupação com a modernização pedagógica, com a melhoria da qualidade do ensino, com a busca de solução para problemas de ensino-aprendizagem. Estando localizada no âmbito das mudanças na esfera estatal, a difusão da noção de profissionalização nas políticas sociais objetiva, entre outros aspectos, criar condições para que o Estado possa gerir o quadro do magistério. Segundo Tedesco (1998) e Delors (1998), dado que os professores compõem a categoria mais numerosa do setor público, é preciso incorporar suas organizações à implantação da reforma. Sua capacidade de organização causa algum tipo de temor aos órgãos governamentais e internacionais, razão pela qual no documento do PREAL (2000) lê-se que o professorado constitui o maior obstáculo para a concretização das reformas. Impõe-se, portanto, a conquista de sua adesão ao processo reformador. Para Ozga (1995, p. 22), uma das formas de controle do professor – especialmente se se considerar que ele pode não aderir ao projeto oficial – é a profissionalização. (SHIROMA, EVANGELISTA, 2004b, p. 4)

Semelhante ao processo verificado no setor de educação, nos últimos tempos, o discurso sobre saúde advindo de variadas fontes, entre elas entidades nacionais, organismos de Estado, movimentos sociais e Organismos Internacionais, apresentou uma crescente ênfase sobre os trabalhadores, em sua formação profissional e sua gestão. Por serem os trabalhadores os agentes do cuidado à saúde, atuando diretamente com os usuários dos serviços, declara-se que a melhoria dos sistemas de saúde estaria condicionada a novas modalidades de gestão e formação destes trabalhadores.

No Brasil, setores como organizações e sindicatos profissionais defendem bandeiras trabalhistas como a implementação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários, mas também reivindicam o cumprimento de direitos sociais, a universalização da saúde, a ampliação da rede pública de serviços, etc. Por outro lado, Organismos Internacionais como o Banco Mundial e a Organização Mundial de Saúde, estão centrando seus discursos e suas proposições políticas em dois aspectos principais: a afirmação de uma pretensa crise fiscal, que implica redução dos recursos destinados aos setores sociais e, a defesa da implementação de “Políticas de Recursos Humanos em Saúde”.

Dada à atualidade da temática, este estudo procura avaliar as propostas de políticas presentes em documentos de Organismos Internacionais relacionados com o estabelecimento de “Políticas de Recursos Humanos em Saúde”, anunciadas como estratégia para melhoria da qualidade e mudança na situação de saúde brasileira. A contribuição deste estudo consiste em aprofundar a reflexão sobre a política de formação do trabalhador, extrapolando a dimensão formativa. Em nossa concepção, isto envolve políticas públicas e os interesses do capital internacional na condução da reforma estatal visando ampliar a atuação capitalista no interior de países periféricos como o Brasil. No âmbito deste estudo, será compreendida também como uma das estratégias de gestão do trabalho e do sistema de saúde.

1 – Origem do problema e objetivos

A aproximação a esta temática foi progressiva, ao longo de toda minha formação universitária em Fisioterapia, na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). A proximidade com movimentos reivindicatórios por educação e saúde pública geraram

questionamentos que me levaram a pesquisar quais as explicações para o modelo de ensino na saúde, assim como qual a função social dos trabalhadores de saúde. O primeiro estudo mais sistemático relacionado com esta temática foi um trabalho de conclusão de curso, intitulado “Educação Formal de Recursos Humanos em Saúde e o Ensino em Fisioterapia” (STRAUB, 2003). Os questionamentos acerca dessa problemática se aprofundaram durante a realização daquele trabalho, e a experiência profissional posterior, quando me deparei com um quadro de precarização do trabalho em saúde, proporcionou algumas pistas, que me incentivaram a continuar a investigação, de forma mais aprofundada em nível de mestrado.

O objetivo principal dessa pesquisa é investigar quais são os principais conceitos e recomendações presentes nos documentos de Organismos Internacionais sobre “Políticas de Recursos Humanos em Saúde” e como essas recomendações se articulam no contexto de focalização das políticas sociais públicas de saúde verificada na última década.

Os objetivos específicos da pesquisa são:

- Analisar as “Políticas de Recursos Humanos em Saúde” dos Organismos Internacionais identificando as prioridades da reforma e suas implicações para os trabalhadores do setor;
- Investigar a racionalidade das políticas de gestão dos trabalhadores de saúde e como a formação profissional participa deste processo;
- Indicar aspectos de continuidade ou rupturas das recomendações dos Organismos Internacionais com as políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 – Metodologia

Este estudo desenvolveu-se a partir de pesquisa bibliográfica e análise documental. Situado na linha de pesquisa “Trabalho e Educação”, fundamentou-se em obras da economia política, saúde, políticas sociais e, deste modo, pretendeu fomentar o debate sobre as políticas de formação visando conhecer suas implicações sobre a gestão do trabalho em saúde.

Por sua vez, a análise documental pretendeu evidenciar o que está sendo proposto por Organismos Internacionais para as “Políticas de Recursos Humanos em Saúde” na presente década, que inclui a gestão do trabalho em saúde e a profissionalização dos trabalhadores, inseridas no contexto de focalização das políticas sociais públicas. Foram utilizadas como

principais fontes primárias os documentos emitidos por Organismos Internacionais, especificamente pelo Banco Mundial e pela Organização Pan-Americana de Saúde¹.

A definição do *corpus* documental foi processual, decorrente de inúmeras buscas que visavam inicialmente textos cujo título indicava relações com a “Políticas de Recursos Humanos em Saúde”. A partir de uma leitura inicial, e das referências bibliográficas que continham, fomos delimitando este conjunto de documentos que aqui apresentamos. Neste processo, a *internet* apresentou-se como um instrumento muito importante, dada a facilidade de encontrar a documentação contemporânea, mas também textos que foram publicados em décadas passadas, simultaneamente à possibilidade de pesquisar sobre a atuação de seus autores.

Após a eleição dos documentos, iniciamos a análise documental. A realização de sucessivas leituras permitiu apreender alguns conceitos que se repetiam tanto no interior de um dado texto como no conjunto dos documentos elencados. Embora nem todos os documentos indiquem a bibliografia que lhe serviu de base, existiram momentos em que alguns textos se referiam às mesmas fontes, publicadas anteriormente, e isso nos possibilitou inferir que a base teórico-conceitual que orientou os documentos consultados, embora publicados por organizações diferentes, era comum.

Como orientação metodológica para o desenvolvimento desta pesquisa, recorreu-se a trabalhos de estudiosos que pesquisam na área de política educacional, como é o caso de Shiroma, Campos e Garcia (2005). Estas autoras explicitam os subsídios teórico-metodológicos utilizados para análise de políticas educacionais tendo por base os conceitos, o conteúdo e o discurso presente em documentos de Organismos Internacionais.

¹ Os principais documentos que compõe o *corpus* documental desse trabalho são:

- BANCO MUNDIAL. *Salud: documento de reforma setorial*. Washington D. C., 1975.
- BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: investindo em saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 1993.
- DAL POZ, Mario Roberto; PIERANTONI, Celia Regina; VARELLA, Thereza Christina. **Produtividade e Desempenho dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde**. Texto elaborado para a Organização Pan-americana de Saúde. Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde (HSP) - Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos (HSR) – OPAS/OMS, junho, 1997. 22p.
- DAL POZ, Mario Roberto; NOVICK, Marta; VARELLA, Thereza Cristina; GALIN, P. *Relaciones Laborales en el Sector Salud: fuentes de informacion y metodos de analisis*. Quito: OPAS/OMS, 2000. Série Observatorio de Recursos Humanos de Salud - 2. 182p.
- DUSSAULT, Gilles; RIGOLI, Felix. *The interface between sector reform and human resources for health*. Washington –DC: HNP Discussion Paper, July, 2003. 36p.
- DUSSAULT, Gilles; DUBOIS, Carl-Andy. *Human Resources for Health Policies: a critical component in health policies*. Washington –DC: HNP Discussion Paper, September, 2004. 42p.

Pautadas em Jameson (1997), as autoras afirmam a existência de uma “hegemonia discursiva”, verificável por pesquisas comparativas que apontam uma tendência crescente à homogeneização das políticas educacionais em nível mundial. Alguns teóricos denominam este processo de “epidemia política” ou de “globalização das políticas sociais”, tendo em vista a presença de similitudes nos passos de reforma implementadas em diferentes Estados nacionais (SHIROMA, CAMPOS, GARCIA, 2005, p. 429).

As autoras destacam que a “hegemonia discursiva” é acompanhada por um preciosismo na escolha dos conceitos que serão utilizados, sendo que atualmente o discurso dos Organismos Internacionais abandonou seu viés economicista e adotou uma faceta humanitária; a disseminação massiva de documentos, onde a *internet* exerce importante tarefa, é outra estratégia participante no estabelecimento de uma “hegemonia discursiva”, ao passo que “populariza um conjunto de informações e justificativas que tornem as reformas legítimas e almejadas”; a legitimação dos discursos também é facilitada pela “vulgarização do vocabulário”, ao passo que coloniza o discurso e torna suas prescrições como demandas imprescindíveis da modernidade (SHIROMA, CAMPOS, GARCIA, 2005, p. 428-429).

Estas autoras consideram que para compreender de forma apropriada estes fenômenos é necessário dar atenção à linguagem. Segundo elas, o discurso dos Organismos Internacionais transformou-se nos últimos quinze anos, e a transformação discursiva é verificável por meio dos conceitos utilizados em cada período. Para as autoras, os conceitos utilizados imprimem o viés do discurso, se economicista, humanitário entre outros. Atualmente, no momento de formulação de documentos dedica-se maior atenção para a escolha das palavras que serão utilizadas, pois, de acordo com o relatório redigido por Dahrendorf (1995), *words matter* (palavras interessam).

3 – Trabalhadores: no centro do discurso e na periferia das decisões

No âmbito dos Organismos Internacionais, difusores da ideologia capitalista mundo afora, o discurso contemporâneo está centrado nos trabalhadores dos setores sociais. No caso da saúde, esta centralidade nos trabalhadores está presente em documentos publicados, em discursos de seus representantes, ou ainda nos *websites* desses organismos. Neste trabalho

foram selecionados três Organismos Internacionais que atuam mais diretamente no setor de saúde: Banco Mundial, Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Com o intuito de demonstrar esta centralidade, serão recuperadas algumas informações que constam nos *websites* oficiais dos Organismos Internacionais acima elencados. É preciso advertir o leitor sobre o teor, por vezes repetitivo, das informações apresentadas, com o objetivo de evidenciar não a coincidência, mas a intencionalidade de assegurar a difusão de uma orientação comum das três instituições pela implementação de “Políticas de Recursos Humanos em Saúde”. Em nossa perspectiva teórica, essa homogeneidade discursiva pode ser compreendida como parte da “agenda globalmente estruturada” (DALE, 2001).

No Banco Mundial, as questões relacionadas aos trabalhadores da saúde são apresentadas no bojo das argumentações da necessidade de reformas setoriais. Pode-se verificar uma condicionalidade descrita pelo Banco Mundial entre a boa *performance* dos sistemas de saúde e a adequada formação e motivação dos seus trabalhadores, bem como um número suficiente e ideal de sua distribuição geográfica, por tipo e nível profissional. A instituição financeira preconiza que os profissionais devem ser recrutados e treinados de acordo com as necessidades de saúde e as expectativas da população local. Segundo o Banco Mundial, “*human resources are vital*” (recursos humanos são vitais), constituindo-os num ponto crítico para o sucesso das reformas setoriais. Assim, o estabelecimento de políticas de “recursos humanos” em saúde se torna uma prioridade (WORLD BANK, 2006).

A Rede de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial que trata de assuntos relacionados a saúde, nutrição e população, publica um periódico mensal de livre acesso intitulado *HNP (Health, nutrition and population) Discussion Paper*. Duas edições deste periódico merecem destaque: *Human Resources for Health Policies: a critical component in health policies* (DUSSAULT, DUBOIS, 2004), e *The interface between sector reform and human resources for health* (DUSSAULT, RIGOLI, 2003). Ao longo desta pesquisa, o conteúdo dessas publicações será apresentado em detalhes.

A OMS, por sua vez, também trata das questões dos “recursos humanos” em saúde, caracterizados como sendo todo homem ou mulher que faz com que o cuidado à saúde ocorra. Para esta organização, tanto a existência quanto a qualidade dos serviços de saúde, envolvidos com a promoção, prevenção, cura e reabilitação, depende dos conhecimentos, habilidades e

motivação dos “recursos humanos” em saúde. Deste modo, os países deveriam garantir que seus sistemas de saúde obtenham o número certo de trabalhadores juntamente com as habilidades certas no local e tempo certo (WHO, 2006a).

Considerando os trabalhadores como agentes fundamentais nos sistemas de saúde, a OMS se propõe a atuar junto aos Estados-Membros no sentido de reforçar o planejamento, a educação e o gerenciamento desses profissionais, com o objetivo de otimizar os serviços de saúde na identificação das necessidades de saúde. Este discurso sobre a identificação de necessidades de saúde, para a definição de prioridades de ação é muito marcante. É o caso da atenção especial dada ao treinamento de enfermeiras e parteiras, como estratégia para alcançar as Metas de Desenvolvimento do Milênio², um discurso atrelado à noção de desenvolvimento humano e econômico (WHO, 2006a).

A OMS colabora com a publicação de um periódico eletrônico, intitulado *Human Resources for Health* (Recursos Humanos em Saúde) (WHO, 2006b). Trata-se de um periódico de livre acesso, com publicações voltadas para o planejamento, produção e gerência de “recursos humanos em saúde”. Outro fato interessante para ser registrado é o *Global Atlas of the Health Workforce*, um atlas interativo que traz dados sobre trabalhadores da saúde (enfermeiras, parteiras, dentistas, farmacêuticos e médicos) em todo o mundo. A organização o apresenta como um instrumento importante, ao passo que dispõe de evidências empíricas para a tomada de decisões políticas sobre a questão, bem como para um acompanhamento do desenvolvimento dos sistemas de saúde nacionais. As informações são coletadas pelo Departamento de Recursos Humanos em Saúde da OMS.

Por sua vez, a OPAS, escritório regional da OMS para as Américas, vinculada às Organizações das Nações Unidas e à Organização dos Estados Americanos, é o Organismo Internacional que trata das questões de saúde das Américas. Atualmente, dentre outras frentes, a OPAS vem difundindo a problemática dos trabalhadores de saúde nas Américas por meio da expressão “Políticas de Recursos Humanos em Saúde”. Esta organização possui uma Unidade Técnica de Políticas de RH da OPAS/OMS no Brasil, que oferece informações para o estabelecimento de processos de cooperação técnica, assim como para os “atores” sociais que atuam nesse setor (OPAS, 2006a). Esta unidade tem quatro áreas temáticas: Políticas e gestão;

² No ano de 2000, a ONU lançou a Declaração do Milênio das Nações Unidas, que propõe um conjunto de oito metas, com dezoito objetivos e quarenta e oito indicadores. As metas são: erradicar a extrema pobreza e a fome; atingir o ensino básico fundamental; promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; garantir sustentabilidade ambiental; e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (PNUD, 2003).

Formação e capacitação; Organização profissional; e Mercado de trabalho. Cada área difunde documentos da OPAS publicados em vários idiomas, desde o ano de 1997 (OPAS, 2006b).

A OPAS possui também um Observatório de Recursos Humanos que funciona como uma rede em 21 países da América, constituindo-se em uma estratégia da Organização para fomentar a produção, análise e difusão de informações sobre os recursos humanos da saúde, bem como sobre a tomada de decisões sobre políticas, regulação e gestão desses trabalhadores (OPAS, 2006c). Segundo Rigoli (2003, p. 17),

Desde 1994, a cooperação técnica no campo dos recursos humanos para a reforma do setor da saúde, corresponde a uma solicitação feita à OPS durante a Cúpula dos Chefes de Estado das Américas a respeito do crescente reconhecimento da importância dos temas da força de trabalho no desenvolvimento dos serviços de saúde. Em 1998, converteu-se em uma parte da iniciativa conjunta com a USAID em prosseguimento à reforma do Setor de Saúde das Américas, ao fomentar a coleta de informações sobre os processos que, nesse sentido, vinham sendo promovidos por muitos Estados-Membros da OPS. A fim de atender tal solicitação, o Programa de Recursos Humanos da Divisão de Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde implementou a estratégia de instalação dos Observatórios de Recursos Humanos nesses processos.

No Brasil, a Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde existe desde 1999, numa parceria entre instituições de ensino e de pesquisa, o Ministério da Saúde e a OPAS. Esta rede nacional conta, atualmente, com quinze observatórios, chamados de “estações de trabalho” (OPAS. BRASIL, 2006).

Em outubro de 2005, na cidade de Toronto, ocorreu a VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, que culminou num plano de ação intitulado “Chamado à Ação de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde (2006-2015)”.

O Chamado à Ação busca mobilizar atores nacionais e internacionais, do setor saúde, de outros setores relevantes e da sociedade civil, para construir coletivamente políticas e intervenções para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, que apontem para as Metas de Desenvolvimento para o Milênio, para as prioridades nacionais de saúde e o acesso aos serviços de saúde com qualidade para todos os povos das Américas até o ano de 2015. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, p. 4)

Os pressupostos apontados pelo Chamado à Ação de Toronto são que os “recursos humanos são a base do sistema de saúde”; o trabalho em saúde é um serviço público e uma responsabilidade social; e os trabalhadores de saúde são protagonistas do desenvolvimento e

melhoria do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, p. 4-5). Os desafios identificados foram agrupados em cinco áreas críticas:

1. Definir políticas e planos de longo prazo para a adequação da força de trabalho às mudanças previstas nos sistemas de saúde e desenvolver a capacidade institucional para pô-los em prática revisando-os periodicamente.
2. “Situar pessoas adequadas nos lugares devidos” atingindo uma distribuição equitativa dos profissionais de saúde nas diferentes regiões e de acordo com diferentes necessidades de saúde da população.
3. Regular fluxos e migrações dos trabalhadores de saúde de forma a permitir garantia de atenção de saúde para toda a população.
4. Gerar relações de trabalho entre trabalhadores e instituições de saúde que promovam ambientes de trabalho saudáveis e permitam compromissos com a missão institucional de garantia de bons serviços de saúde para toda a população.
5. Desenvolver mecanismos de interação entre as instituições formadoras (universidades, escolas) e os serviços de saúde que permitam adequar a formação dos trabalhadores de saúde para um modelo de atenção universal, equitativo e de qualidade que sirva às necessidades de saúde da população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, p. 5-6)

Por fim, no Informe sobre a Saúde no Mundo de 2006, a OMS adverte que a crise dos trabalhadores de saúde impacta seriamente na capacidade dos países de lutar contra as enfermidades (OPAS, 2006d). O título do Informe é “Trabalhando juntos pela Saúde” (*Working together for health* – WHO, 2006c), e também propõe um plano de ação conjunto para os próximos dez anos, cujo objetivo final seria o alcance das Metas para o Desenvolvimento do Milênio.

No bojo deste debate, nas comemorações do Dia Mundial da Saúde de 2006, a OMS homenageou os trabalhadores do setor, e organizou, juntamente com a OPAS, uma agenda de discussões cujo tema foram os “recursos humanos” em saúde, denominados de “*Héroes de Salud*”, ou “*nuestro recurso más valioso*”³. Segundo as informações contidas no *website*, neste dia a OMS lançou a “Década dos Recursos Humanos”:

Los próximos diez años la comunidad global de la salud pondrá su atención en los desafíos de recursos humanos, con el fin de desarrollar y apoyar las capacidades de las mujeres y hombres que trabajan en salud, para conseguir alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015. Los recursos humanos son la piedra angular del sistema de salud. Sólo será posible un progreso hacia los objetivos de desarrollo del milenio si contamos con una fuerza de trabajo en salud que sepa lo que tiene que hacer y además tenga la motivación, los medios y el compromiso de proveer

³“Heróis da Saúde” ou “Nosso recurso mais valioso”.

servicios de salud de calidad para los individuos y las poblaciones. (OMS, OPAS, 2006)⁴

É preciso destacar que o foco nos trabalhadores do setor que caracteriza o discurso dos Organismos Internacionais localiza-se num contexto de aprofundamento das reformas políticas implementadas nos países periféricos em fins da década de 1980 e ao longo da década de 1990. Do mesmo modo que a educação, no Brasil o setor de saúde foi alvo de reformas, que acabaram representando um processo de desconstrução do arcabouço jurídico e institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). Para compreender o que esta desconstrução representa, é necessário recuperar alguns aspectos da história do SUS.

4 – Breve histórico do Sistema Único de Saúde

O SUS foi construído a partir de um amplo processo de mobilizações sociais, que se convencionou chamar de Movimento de Reforma Sanitária (MRS). Este movimento, que se iniciou em meados da década de 1970, no período do regime militar brasileiro, questionava o modelo assistencial hegemônico e formulou uma proposta alternativa para o setor de saúde brasileiro. O contexto daquele momento apresentava uma gama de fatores que contribuíram para a emergência do Movimento Sanitarista, tais como: crise política e econômica; agudização dos já crônicos problemas sociais, como aumento da pobreza, má distribuição de renda, achatamento salarial da classe trabalhadora e aceleração inflacionária; precarização do estado geral de saúde do povo brasileiro associado a um acesso difícil aos serviços de saúde; intensificação dos movimentos reivindicatórios de abertura política; ampliação da concepção de saúde e doença, entre outras (BERTOLLI FILHO, 1996; TEIXEIRA, MENDONÇA, 1989; RODRIGUES, 2005).

O SUS se institucionalizou com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000a) e com a Lei Orgânica da Saúde de 1990 (BRASIL, 2000b; 2000c). A partir

⁴ “Nos próximos dez anos a comunidade global de saúde colocará sua atenção nos desafios dos recursos humanos, com o objetivo de desenvolver e apoiar as capacidades de mulheres e homens que trabalham na saúde, para conseguir alcançar as Metas para o Desenvolvimento do Milênio para o ano de 2015. Os recursos humanos são a pedra angular do sistema de saúde. Somente será possível um progresso até os objetivos de desenvolvimento do milênio se contarmos com uma força de trabalho em saúde que saiba o que tem que fazer e que além do mais tenha motivação, os meios e o compromisso de prover serviços de saúde de qualidade para os indivíduos e populações”.

de então se consolidou como modo de organização dos serviços de saúde no Brasil. O arcabouço jurídico-legal do SUS tornou-se referência da Política Nacional de Saúde fundamentada na concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado.

Escorel (1989, p. 182) recupera esta idéia de saúde como direito universal afirmando que ela prevê a noção de que a saúde representa um elemento constitutivo da humanidade, válida, portanto, para todas as classes e situada acima delas. Compreendida como resultante e condicionante de um conjunto de fatores, a saúde está relacionada às condições de moradia, alimentação, educação, transporte, trabalho, renda, meio ambiente, acesso aos serviços de saúde, dentre tantos outros. Assim, a saúde é uma

explicitação das condições de *igualdade social* na medida em que é determinada por esse conjunto de *direitos*. A noção de direitos nos remete à definição de cidadania, compreendida não só pela existência formal de direitos civis, políticos e sociais, mas pela *possibilidade efetiva de exercê-los*. O exercício dos direitos sociais (...) é que permite exercer plenamente os direitos civis e políticos. A igualdade social é portanto uma noção concreta sobre um cotidiano onde a garantia de determinadas condições de vida e sobrevivência permite (ou não) ao homem ser livre, manifestar seu pensamento, organizar-se e lutar por aquilo que lhe parece correto. (ESCOREL, 1989, p. 183. Grifos no original)

O conceito de direitos sociais consiste no direito de ter acesso aos bens sociais pelo simples fato de ser membro da sociedade, cuja obrigação é garantir o cumprimento dos direitos por meio do Estado. Numa clara vinculação ao pensamento social-democrata, os direitos sociais devem ser assegurados independentemente da vinculação ou não dos indivíduos ao mercado de trabalho, ou seja, dissocia benefícios e contribuição trabalhista (LAURELL, 1995, p. 155). Trata-se de uma contraposição ao Estado liberal que não admite a noção de direitos sociais, e define que ao gozo de benefícios sociais deve corresponder uma contrapartida, por pagamento das ações ou pelo desempenho no trabalho. A social-democracia prevê também que o financiamento, a produção e a administração das ações sociais devem permanecer sob o domínio público-estatal, logo, distante do jugo do mercado (LAURELL, 1995, p. 156).

Esses preceitos de direito estão expressos no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), ocorrida em 1986. A partir do conceito de saúde plena, e não apenas como recuperação da doença, a VIII CNS definiu a saúde plena como sendo resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (ESCOREL,

1989, p. 182). Considera-se que o grande marco do MRS foi a VIII CNS, e Rodrigues (2005, p. 5) indica que encontram-se sintetizadas no relatório final da VIII CNS as bases políticas, teóricas e práticas do que deveria mais tarde se constituir no Sistema Único de Saúde.

A VIII CNS consistiu, na realidade, no desfecho de um trabalho de organização e de intensas discussões nos níveis municipais e estaduais, acerca da questão de saúde por parte dos profissionais de saúde, intelectuais, sindicatos e centrais de trabalhadores, movimentos populares e partidos políticos; o que garantiu legitimidade política à proposta presente no relatório final da referida conferência (TEIXEIRA, MENDONÇA, 1989, p. 217).

A consolidação do Movimento de Reforma Sanitária ocorreu com a promulgação da Constituição Federal em 1988, na qual a saúde foi finalmente assegurada em lei como um direito de todos e dever do Estado⁵. Foi estabelecido no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios doutrinários são a universalidade, a igualdade (equidade) e a integralidade, e como princípios organizativos a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade (BRASIL, 2000a).

Atualmente o SUS se organiza com base no texto da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000a), na Lei Orgânica da Saúde (LOS – Leis 8080/90 e 8142/90), e em Normas Operacionais Básicas (NOB), que objetivam definir estratégias de operacionalização do sistema, bem como disciplinar a descentralização. Na seqüência, abordaremos alguns aspectos deste arcabouço jurídico.

Na sétima Constituição Federal da história brasileira, vigente até hoje, a saúde aparece no capítulo da Seguridade Social, juntamente com a Assistência e a Previdência Social (BRASIL, 2000a). O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 incorpora a saúde como um direito de todos e dever do Estado, que deve ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”, ou seja, de acordo com os princípios da universalidade, igualdade (equidade) e integralidade (BRASIL, 2000a, p. 161).

⁵ A Constituição Federal de 1988 é resultado de um processo de discussões que representou um importante momento do movimento político e social contrário à ditadura militar. Na avaliação de Marques e Mendes (2004, p. 4), os constituintes progressistas tinham clareza quanto a resgatar a dívida social brasileira herdada do regime militar, “e procuraram escrever na Constituição a garantia de direitos básicos e universais de cidadania, estabelecendo o direito à saúde pública, definindo o campo da assistência social, regulamentando o seguro-desemprego e avançando na cobertura de da previdência social”. Mais adiante, os autores asseveram: “A cidadania é facilmente reconhecível na área da saúde. De uma situação em que o serviço público era voltado apenas aos trabalhadores contribuintes do mercado formal, passou-se à garantia do direito para todos”.

É importante resgatar o sentido desses princípios, pois são eles que devem orientar as ações e serviços de saúde no Brasil. Isso se justifica principalmente porque os documentos que foram consultados nessa pesquisa recomendam que sistemas nacionais de saúde se organizem dentro de outros princípios tais como: eficiência, equidade e qualidade.

A universalidade garante atenção à saúde a todo e qualquer cidadão, em todos os serviços públicos e nos serviços privados contratados de saúde (BRASIL, 2000a). As ações e serviços de saúde deverão se organizar de forma descentralizada, em uma rede regionalizada e hierarquizada, e com tecnologia apropriada para cada nível de assistência. O atendimento integral deve priorizar as ações preventivas sem prejuízo aos serviços assistenciais; e participação da comunidade (BRASIL, 2000a, p. 162). Segundo Pustai (1990, p. 71), “do ponto de vista normativo, o sistema de saúde está universalizado. Não há mais discriminação entre população urbana e rural, ou entre contribuintes ou não-contribuintes previdenciários”. Isso representa uma ruptura com a histórica organização dos serviços de saúde no Brasil.

Pustai (1990, p. 71) adverte que embora a situação seja promissora no âmbito da atenção primária à saúde, continuam existindo importantes limitações para o acesso aos níveis secundário e terciário do sistema de saúde:

A universalização do acesso aos serviços de saúde, por encontrar-se em condições de financiamento inadequado, gera diferentes problemas e dilemas. Para a população mais pobre, um dos problemas é a ancoragem dessa universalização na atenção básica, obrigando-a a enfrentar uma série de dificuldades para conseguir passagem para os outros níveis de atendimento. Para os setores médios da população, o dilema é se submeter à universalização de baixa qualidade no setor público ou optar por um seguro privado sem cobertura universal, engrossando a lista dos que buscam acesso ao subsistema público de alta tecnologia, por meio de estratégias que privilegiam o clientelismo, mecanicismo típico da cultura brasileira.

No bojo das estratégias que privilegiam o clientelismo é possível citar o processo que vem sendo chamado de judicialização da assistência à saúde. Em termos gerais, consiste em obtenção dos serviços por via judicial. Ou seja, na posse de encaminhamentos para exames, procedimentos ou medicamentos de alta complexidade, e, portanto, de elevado custo monetário, os usuários buscam auxílio, via Ministério Público, na Promotoria Pública para obter seu direito à saúde. Ocorre que normalmente esses usuários, mais esclarecidos, iniciaram seu tratamento em serviços privados (consultórios particulares, ou por meio de planos de saúde) e não pela via hierarquizada do SUS, ou seja, pela atenção básica (via Unidade Básica de Saúde, Programa da Saúde da Família – PSF – ou o Programa de Agentes

Comunitários de Saúde – PACS), que implica em colocar-se numa fila de espera por esses serviços, que na maior parte dos casos é longa e demorada. As discussões acerca deste processo são intensas e acaloradas, e dizem respeito à justiça existente na sobreposição do direito individual assegurado em lei ao direito coletivo. É sobre estas práticas que Santos se refere:

Houve um grande e desregrado crescimento da demanda espontânea, encaminhada ou judicializada aos bens e serviços de maior custo do SUS em benefício dos consumidores de planos e seguros privados de saúde. Esse fenômeno vem aprofundando a iniquidade e a fragmentação do atendimento, tornando o SUS complementar ao mercado, refém do “modelo da oferta”, e mais “pobre para os pobres”. (SANTOS, 2006, p. 2)

O princípio doutrinário da equidade assegura ações e serviços em todos os níveis, de acordo com a complexidade de cada caso; todos os cidadãos são iguais perante o SUS, independentemente do local de sua moradia (BRASIL, 2000a).

Em princípio, o acesso aos serviços de saúde deve ser garantido a toda a população em condições de igualdade, não importando o gênero, a situação econômica, social, cultural ou religiosa, mas podendo haver uma discriminação positiva em casos especiais, em que a prioridade deve ser dada a quem tem mais necessidade. Esse acesso também deve garantir possibilidades de atendimento em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, incluindo as terapias alternativas que já tenham reconhecimento científico. (PUSTAI, 1990, p. 71)

O autor em questão considera a equidade no Brasil apenas *pro forma*, havendo obstáculos para os diferentes estratos sociais. Ele considera que os mais pobres chegam com alguma facilidade aos níveis primários de atenção, mas que a partir daí, “somente chegam aos outros níveis do sistema com muito sacrifício, ou quando têm alguma doença rara que atenda aos requisitos de algum protocolo de pesquisa” (PUSTAI, 1990, p. 71).

Finalmente, a integralidade é concebida a partir da concepção de homem como um ser integral e integrante de uma comunidade, e seu atendimento deverá ser integral, objetivando promover, proteger e recuperar sua saúde (BRASIL, 2000a). Em outras palavras, “o atendimento com a diretriz da integralidade deve incorporar um amplo espectro de intervenções, articulando prevenção, atendimento curativo e reabilitação” (PUSTAI, 1990, p. 72). A partir desta noção, as ações preventivas e curativas, de caráter coletivo e individual devem ser articuladas em um mesmo sistema. Com isto se rompe com a separação que vigorava no Brasil de ações coletivas e preventivas vinculadas ao Ministério da Saúde e de

ações individuais e curativas vinculadas à Previdência Social (COHN, NUNES, JACOB e KARSCH, 1991).

Ao discutir a situação de saúde verificada no Brasil, sobretudo na década de 1980, Rodrigues (2005, p. 5) afirma:

No que tange às políticas de saúde, especificamente, a década de 80 também foi um marco histórico. Até então tínhamos um sistema de saúde fragmentado, no qual as ações de saúde coletivas/preventivas estavam localizadas no Ministério da Saúde e as de saúde curativa restritas aos ambientes hospitalares organizadas pelo Inamps. Assim, falar em saúde coletiva significava pensar ações de prevenção das doenças que atingiam a todos, mas que, na maioria das vezes, tinha nos pobres suas principais vítimas, enquanto o acesso ao diagnóstico e a terapêutica de maior complexidade eram restritos aos que pudessem arcar com seus custos e àqueles que estavam, pelos seus vínculos de trabalho, assistidos pelo sistema previdenciário. Entretanto, havia intenso processo de incentivo estatal ao desenvolvimento do complexo médico-hospitalar, alicerçando as bases do modelo biomédico. (RODRIGUES, 2005, p. 5)

Considerando a saúde como decorrente das condições de existência da população, em um país configurado por profunda desigualdade social, e com herança crônica de problemas sociais, as condições de saúde da população geram uma demanda espontânea que contribui para o caráter curativo da assistência em saúde.

Saindo do espectro específico do SUS, é preciso destacar que simultaneamente às mudanças que o setor de saúde brasileiro operou, a partir da década de 1980, houve no cenário internacional uma transformação nas relações capitalistas de produção, cujos reflexos na economia resultaram numa crise mundial, e na política refletiram a retomada do ideário neoliberal. O que importa ressaltar é que, ao passo que em âmbito internacional havia uma tendência que aos poucos foi assumindo concretude, de redução da ação estatal no âmbito das políticas sociais, paradoxalmente no Brasil se efetivava o caminho contrário, ou seja, a ampliação dos direitos sociais e do dever do Estado em assegurá-los. As explicações para tal fato residem na particularidade da organização política vivenciada no Brasil num período sucessor de um Regime Militar. Entretanto, na dinâmica internacional do capital não é possível se manter intacto por muito tempo estando na contra-corrente das tendências capitalistas hegemônicas. Deste modo, na sucessão da Constituinte que instituiu o SUS, foi se efetivando um paulatino processo de desconstrução dos direitos sociais conquistados na década de 1980, fundamentado nos preceitos do ideário neoliberal. Noronha e Soares (2001, p. 446) argumentam que:

Embora seja possível traçar uma análise da evolução do Setor Saúde de forma linear e isolada do contexto e identificar traços evolutivos significativos, defendemos a idéia de que na década de 1990 houve não apenas uma interrupção, mas um retrocesso no processo de construção de um Projeto Social para o Brasil que foi inscrito na Constituição de 1988. Esse projeto inscreveu a Saúde no marco de uma seguridade social pública, universal, garantidora de direitos de cidadania e que não tergiversava acerca da responsabilidade do Estado na sua implementação (art. 194). (...) A inflexão desse projeto de proteção social se dá num contexto de profundas mudanças econômicas, sociais e institucionais, determinadas pelas chamadas “reformas estruturais” conduzidas por políticas de ajuste, que insistimos em chamar de neoliberais – dada a sua matriz ideológico-política e o seu “receituário padrão” elaborado pelos organismos multilaterais de financiamento. (NORONHA, SOARES, 2001, p. 446)

Para Marques e Mendes (2004, p. 5), vários aspectos evidenciam as iniciativas e medidas que foram progressivamente minando o conceito de seguridade social ao longo dos governos que sucederam à promulgação da Constituição Cidadã, citando

A utilização de parte de seus recursos para fins alheios à seguridade social nos dois primeiros anos após a promulgação da Constituição; a especialização das contribuições de empregados e empregadores para a previdência social; a criação de mecanismos que permitam o acesso da União aos recursos da seguridade social e, portanto, a institucionalização de seu uso indevido; as alterações nos critérios de acesso aos benefícios previdenciários, especialmente da aposentadoria; a inclusão, no plano da análise e da discussão pública, do regime dos servidores, em claro rompimento ao artigo 194 da Constituição.

Com base em autores como Campos (1992), Rizzotto (2000) e Soares (2003), é possível afirmar que nessa década se processou uma contra-reforma no setor saúde, a qual se articula com uma reforma mais ampla do próprio Estado e de uma reestruturação capitalista em nível mundial. Do mesmo modo, Santos (2006, p. 2) assegura que “evidências há de que somente parte do ideário da Reforma Sanitária e dos princípios e diretrizes do SUS foram cumpridos e implementados”.

Rizzotto (2000) aponta que as diretrizes adotadas na reforma do setor da saúde como desdobramento da reforma do Estado brasileiro estariam presentes no documento intitulado “Informe sobre a reforma do Setor Saúde no Brasil”, uma espécie de prestação de contas do governo brasileiro à OPAS, ao BID e ao Banco Mundial, em 1995. Outra evidência dos rumos da reforma estão nos documentos setoriais do Banco Mundial, especialmente o relatório

intitulado “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”⁶.

As diretrizes contidas nesses documentos se colocam em sentido contrário ao movimento de efetivação das propostas da Reforma Sanitária, tendo como justificativa ideológica corrigir os “erros cometidos” ao longo da década de 1980, chamada “década perdida” pelos defensores de reformas no Estado.

O discurso do prosseguimento e aprofundamento das reformas, e mesmo a retórica que o defende, tem servido como estratégia para ofuscar a realidade e diminuir as resistências à implementação de reformas de cunho “neoliberal” no setor de saúde brasileiro. Reformas que são contrárias ao projeto da Reforma Sanitária e ferem a própria Constituição Federal. Enquanto no plano do discurso, permanece a defesa do SUS como um sistema difuso, que por não ser um projeto concluso, permite o seu redesenho no processo de implantação; no plano prático, realizam-se mudanças profundas no campo institucional, jurídico e político, que estão descaracterizando a proposta inicial de um Sistema Único de Saúde, em nível nacional. (RIZZOTTO, 2000, p. 26)

Para comprovar a vinculação entre as propostas do Banco Mundial e a reforma do setor de saúde brasileiro, esta autora estabelece uma análise comparativa documentos do Banco Mundial e do Ministério da Saúde. Para tal, destacam os seguintes documentos: *Plano Quinquenal de Saúde – 1990/95: A Saúde no Brasil Novo*; *Plano de Ação do Ministério da Saúde* (1995); *Sistema de Atendimento de Saúde do SUS* (1995); e *Balanço da Saúde no Governo FHC* (1998).⁷ Após a análise, a autora afirma haver “inúmeras semelhanças”, citando algumas das recomendações contidas em documentos do Banco Mundial:

(...) flexibilização do SUS; redefinição do papel dos estados federados na gestão do sistema de saúde; estabelecimento de um pacote de benefícios padrão; limitação do acesso a serviços de atenção terciária; controle na oferta de serviços públicos em função dos custos; adoção de formas de copagamentos; ênfase no controle de resultados; favorecimento à iniciativa privada; incentivo à concorrência na prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, envolvendo indistintamente os setores público e privado e; o papel regulador do Estado, com o deslocamento de atribuições para entidades de classe e organizações públicas de direito privado, como o licenciamento de profissionais, o credenciamento de cursos e de unidades

⁶ BANCO MUNDIAL. **A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90**. Washington, D.C. 1995 (Relatório N. 12655-BR).

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Quinquenal de Saúde – 1990/95: A Saúde no Brasil Novo**. Brasília, 1991; BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ação do Ministério da Saúde 1995-1999**. Brasília, 1995; BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Sistema de Atendimento de Saúde do SUS**. Brasília, 1995; BRASIL. Ministério da Saúde. **Balanço da Saúde no Governo FHC**. Brasília, 1998.

básicas de saúde e, a fiscalização e o controle médico-sanitário. (RIZZOTTO, 2000, p. 163)

Pereira (2004, p. 364) considera que “essa década [de 1990] se caracterizou por um processo de reversão das conquistas sociais consagradas na Constituição Federal de 1988”. Essa autora, que se propõe a analisar a flexibilização das relações de trabalho na saúde durante a década de 1990, afirma que este processo teria reunido um “conjunto de estratégias, dentre as quais a desarticulação dos trabalhadores e a desqualificação do atendimento ao público – o que vem sendo denominado por alguns autores de *reforma informal*⁸ do Estado na área da saúde pública”. Para ela, a gestão da força de trabalho em saúde ao longo da década de 1990 teria se caracterizado pela estratégia de descentralização.

O processo de desmonte do Estado brasileiro na área de saúde pública, ao longo da década de 90, conta com uma ampla estratégia: a primeira, mais geral, é a de desmonte da saúde pública, criando uma “universalização excludente”, com uma política pública de saúde voltada para os “pobres”, considerados não-cidadãos porque não-consumidores. A segunda estratégia é a de fragmentação dos trabalhadores em saúde – através da terceirização dos próprios – com débeis condições de trabalho, o que, por um lado, dificulta uma organização política unificada e, por outro, desqualifica o atendimento, com profissionais desvalorizados e desmotivados. (PEREIRA, 2004, p. 375)

Na atualidade, as ações e serviços do SUS se caracterizam por um predomínio das ações na atenção básica, dentro da lógica de focalização das políticas sociais que vem caracterizando as reformas estatais nos países periféricos. Pode-se afirmar que a crítica desenvolvida pelo Movimento Sanitarista Brasileiro em relação ao modelo médico hospitalocêntrico foi transmutada pela defesa de uma “inversão” do modelo assistencial. Desta maneira, propaga-se que a ênfase da assistência em saúde deveria ocorrer na atenção básica. Desde a década de 1990, esta tem sido a estratégia política do Ministério da Saúde em suas diferentes gestões, com a adoção de programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). É necessário destacar que estes programas apresentam um caráter focalizado e seletivo e mesmo quando pretendem romper com esse caráter não têm logrado ampliar a sua cobertura, sobretudo, nas regiões metropolitanas das médias e grandes cidades.

⁸ O termo “reforma informal” é utilizado por Nogueira (1996); Pereira (2004, p. 367) considera que esta reforma informal faria parte da reforma oficial de cunho neoliberal. Segundo a autora, a reforma informal se realizaria sob a formatação de terceirizações.

O PSF, que para Marques e Mendes (2002, p. 164) vem orientando a reorganização da lógica assistencial do SUS, iniciou em 1994, incorporando a experiência anterior do PACS. Os autores destacam duas dimensões atualmente discutidas acerca do PSF: como ponto positivo estaria o seu potencial como mecanismo de promoção da saúde e prevenção de doenças; por outro lado, existem defensores da tese de que o PSF não tem dado conta de alterar significativamente o modelo assistencial, e ainda, que o Programa não tem garantido, de modo sistemático, o acesso dos usuários a níveis de maior complexidade de saúde, nem a universalização da cobertura.

Os dados levantados por Marques e Mendes (2002, p. 165) demonstram o crescimento significativo do PSF no período compreendido entre 1994-2001. O número de equipes de saúde da família em 1994 era 328; em 2001, esse número elevou-se para 10.788 equipes, quando o PSF estava presente em 4.266 municípios, prestando assistência a 36 milhões de brasileiros. Os dados disponíveis na *home page* do Ministério da Saúde relativos ao ano de 2005 indicam que existiam naquele momento 24.600 equipes de saúde da família, num total de 4.986 municípios, que corresponde a cerca de 78,6 milhões de pessoas (44,4% da população brasileira). Neste mesmo ano, o PACS estava presente em 5.200 municípios brasileiros, prestando assistência a cerca de 103,5 milhões de pessoas (equivalente aos 58,4% restantes da população brasileira) (Ministério da Saúde, 2006b).

Para Noronha e Soares (2001, p. 446),

As políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional e estadual, caindo numa visão focalista onde o "local" é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais "eficientes" e acordes às necessidades da população. Retrocedemos a uma visão "comunitária" onde as *pessoas* e as *famílias* passam a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem-estar. Por trás de um falso e importado conceito de *empowerment* está o abandono por parte do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população, particularmente quando parcelas majoritárias e crescentes da mesma estão na mais absoluta pobreza.

Acerca da focalização da atenção, por meio de programas de atenção primária direcionados a parcelas específicas da população, Rodrigues (2005, p. 66) adverte que:

É possível afirmar ainda que há uma disposição oficial que a formação dos profissionais de saúde se oriente para o atendimento desta nova demanda colocada por esta política pública ou que sejam contempladas, nos programas de formação, aquelas ações preventivas com capacidade de atingir grandes grupos populacionais. (RODRIGUES, 2005, p. 66)

Por outro lado, a medicina privada está cada vez mais fortalecida, e em ampla ascensão. Pautada em tratamentos clínicos com alta incorporação tecnológica, e alto custo para quem compra, a saúde representa um atrativo mercado para a iniciativa privada, e o mercado dos seguros privados de saúde encontra-se em expansão. No entendimento de Nogueira e Soares, este setor é duplamente beneficiado:

De um lado, pela política de subfinanciamento das prestações do Sistema Único de Saúde, que "expulsa" clientela potencial para esses seguros: ou seja, com a sua política, o governo federal assegura um patamar de demanda para esses seguros. De outro, ele é privilegiado por um financiamento direto e indireto através de subsídios e isenções fiscais, o que tem representado um enorme desvio de recursos públicos para esse setor, abertamente, lucrativo, em detrimento do SUS. (NORONHA, SOARES, 2001, p. 447)

Embora com todos estes benefícios, estes autores advertem para os limites estruturais e financeiros da saúde suplementar. Com base em dados extraídos da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1998, Noronha e Soares (2001, p. 447) revelam que pouco menos de 25% da população brasileira estava assegurada por alguma forma de plano ou seguro de saúde. Isto significa que, no Brasil, os 75% restantes da população são dependentes do sistema de saúde público. Na PNAD de 2003, os dados permanecem semelhantes. De acordo com o IBGE (2005, p. 28), 24,6% da população do País (43,2 milhões de pessoas) estão cobertos por pelo menos um plano de saúde.

Apesar do discurso sobre a necessidade da prevenção/promoção da saúde, estas ações são pouco incentivadas, uma vez que o modelo assistencial hegemônico ainda é pautado na cura de doenças, mesmo quando se trata da atenção básica. O quadro sanitário precário, com sobreposição de problemas velhos (como o retorno de epidemias consideradas erradicadas: dengue, malária, cólera, tuberculose, entre outras) e problemas novos (decorrentes da piora das condições de vida da população). Trata-se, sem dúvida, de uma situação de grande complexidade e crescente perversidade. Além do caráter dos problemas de saúde já elencados, outros problemas são destacados por Noronha e Soares (2001, p. 446):

Estamos diante de uma situação social e de saúde onde se agravaram os "velhos" problemas - com o aumento absoluto da parcela da população que se encontra em situação de pobreza bem como se geraram "novos" problemas - sobretudo pelo desemprego e pela precariedade do trabalho, o que configura um quadro de uma enorme perversidade e complexidade,

acompanhado de um terrível incremento das desigualdades sociais e econômicas. A este quadro se agrega, ainda, uma situação de desmonte do Estado brasileiro, o que tem levado a uma crescente *desresponsabilização* do governo federal das suas atribuições no terreno social. (NORONHA, SOARES, 2001, p. 446)

Santos (2006) traz alguns dados sobre o financiamento do SUS em relação ao PIB brasileiro e em relação aos investimentos em saúde efetuados em outros países. Esses dados permitem concluir que a saúde brasileira permanece subfinanciada:

Enquanto a participação das receitas correntes da União no PIB cresceu de 19,7% em 1995, para 26,7% em 2004, neste mesmo período, a participação dos gastos do Ministério da Saúde nessas receitas decresceu de 9,6% para 7,5%. Enquanto a contrapartida da União no financiamento público da saúde caiu, entre os anos 80 e 2004, de 75%, para 50%, neste mesmo período a soma das contrapartidas municipais e estaduais cresceu de 25% para 50%. Enquanto a contrapartida da União entre 1995 e 2004 caiu de US\$ 87,7 para US\$ 62,3 per capita, entre 2000 e 2004, a soma das contrapartidas estaduais e municipais cresceu de US\$ 44,1 para US\$ 64,9 per capita. Para os atuais 187 milhões de brasileiros, ao câmbio médio do dólar de 2005 o investimento público de saúde nesse ano foi de 153,00 dólares per capita. Isso significa cerca de 10% da média de US\$ 1.400,00 per capita no Canadá, países europeus, Japão e Austrália e menos que o investimento da Argentina, do Chile e do Uruguai. A mesma defasagem é confirmada pela metodologia da OMS, que calcula a média de 270,00 dólares/públicos per capita no Brasil, para cerca de US\$ 2.300,00 para os referidos países. No Canadá, países europeus e orientais, os gastos públicos com saúde estão sempre acima de 70% dos gastos totais com saúde, enquanto no Brasil, esses não passam de 45%, próximos do que ocorre nos EEUU. (SANTOS, 2006, p. 5)

O autor descreve que apesar das adversidades que caracterizaram as tentativas de implementação total do SUS a partir de 1990, como sub-financiamento e precarização da gestão de “recursos humanos”, a inclusão social por meio do acesso a bens de saúde teria prosseguido com gigantesco esforço e eficiência. Segundo o autor, no ano de 2005, o SUS alcançou um volume de 1,3 bilhões de atendimentos básicos em 64 mil unidades ambulatoriais, 1,1 bilhão de procedimentos especializados, 600 milhões de consultas, 11,6 milhões de internações em 5.900 hospitais, 360 milhões de exames laboratoriais, 10 milhões de ultra-sonografias, 1,2 milhão de tomografias, 213 mil ressonâncias, 9 milhões de seções de hemodiálise, 23.400 transplantes de órgãos e tecidos, importantes avanços no desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias em áreas críticas (imunobiológicos, fármacos, informação, gestão descentralizada e outras), 152 milhões de vacinas, controle da AIDS, ações de vigilância em saúde e outras (SANTOS, 2006, p. 2).

Os desafios que se impõe ao SUS, neste momento, são gigantescos, tendo em vista a direção que as políticas de saúde assumiram ao longo da década de 1990, e mesmo nesta década. Associado ao sucateamento da rede pública, o SUS está delineado como um sistema de precarizadas relações de trabalho, que para Noronha e Soares (2001, p. 450), juntamente com a sub-remuneração, tem diminuído a adesão dos trabalhadores da saúde ao projeto do SUS. No limite desta condição, outro agravante se coloca, qual seja, a submissão das políticas sociais diante dos imperativos expressos pelo capital internacional, personificado no Banco Mundial.

O arcabouço jurídico formal permanece como um instrumento de luta. Como adverte Noronha e Soares (2001, p. 448): “o SUS ainda é o único sistema público universal da América Latina, e, apesar das suas restrições e problemas, continua sendo a única alternativa que resta à parcela majoritária da nossa população”. Segundo estes mesmo autores:

O coração da proposta de reforma sanitária brasileira de construção de um sistema de saúde verdadeiramente único, universal e igualitário, onde as necessidades assistenciais, e não a capacidade de pagar, definem o acesso e utilização dos serviços, pode ter sido gravemente ferido durante os anos noventa. (NORONHA, SOARES, 2001, p. 448)

Tendo como pano de fundo este cenário que constitui o Sistema de Saúde brasileiro, é que esta pesquisa se estrutura.

5 – Estrutura da dissertação

O presente trabalho encontra-se organizado em três capítulos. O primeiro capítulo traz um histórico da atuação dos Organismos Internacionais nos países periféricos, com ênfase no seu papel protagônico na difusão de recomendações sobre reformas no Estado. A atuação dos Organismos Internacionais na atualidade vem se caracterizando por uma ênfase no discurso de alívio/combate à pobreza, atrelado a recomendações de focalização das políticas sociais públicas nas populações ou segmentos populacionais mais vulneráveis. É o que caracteriza a progressiva centralidade que se verifica na educação básica e na atenção primária à saúde para os campos da educação e saúde, respectivamente. Neste mesmo capítulo será efetuado ainda um breve histórico da atuação do Banco Mundial no setor da saúde, dada a proeminência que

esta instituição assumiu neste setor. Em função disso, já será apresentada a análise de dois importantes documentos do Banco Mundial, publicados em momentos distintos: 1975 e 1993. Esses documentos trazem orientações para a tomada de decisões políticas no campo da saúde, e em determinados momentos apresentam orientações específicas para os trabalhadores do setor, no âmbito da gestão, incluindo recomendações para a formação.

O segundo capítulo traz reflexões sobre uma das hipóteses que norteia este trabalho, ou seja, a idéia de que a formação profissional se caracteriza em uma estratégia a longo prazo para a gestão dos trabalhadores de saúde. Neste capítulo são discutidos aspectos das políticas sociais na atualidade, articulando a diretriz política de focalização das ações sociais e a função social de reprodução do capitalismo. Dentro deste cenário, procurou-se compreender como a gestão, definida como uso e controle da força de trabalho, contribui para a reprodução das relações sociais. Procurou-se dedicar especial atenção para a educação profissional, a fim de explicitar sua subsunção ao processo de gestão do trabalho. Por fim, dadas as especificidades do trabalho no setor de saúde, o Capítulo 2 traz informações tanto sobre o processo de trabalho em saúde como sobre sua atual organização na sociedade brasileira. Essas informações são importantes para possibilitar ao leitor a melhor compreensão das proposições dos Organismos Internacionais para o estabelecimento de “Políticas de Recursos Humanos em Saúde”, que serão apresentadas no Capítulo 3.

Por fim, dando continuidade à análise documental, o terceiro capítulo, analisa os argumentos utilizados pelos apologetas de reformas em saúde, pautados na afirmação de uma crise no setor de saúde atrelada a uma crise capitalista mundial, bem como as recomendações sobre o que deveria consistir em objetivos para os sistemas nacionais de saúde. Nesse sentido, os documentos anunciam a eficiência, equidade e qualidade como objetivos a serem alcançados com as reformas setoriais de saúde. Esses objetivos são permeados pela lógica da produtividade que pretende ofertar mais serviços a um custo total progressivamente menor.

Vale destacar que o que se constitui, nos documentos consultados nesta pesquisa, como uma finalidade dos processos de reforma, muitas vezes pode ser compreendido como um meio cujo objetivo terminal não aparece declarado nos textos. Portanto, um dos exercícios que se realizou ao longo desta pesquisa foi tentar compreender o que é dito de maneira não explícita.

CAPÍTULO 1

ORGANISMOS INTERNACIONAIS E POLÍTICAS SOCIAIS: O BANCO MUNDIAL COMO DIFUSOR DE IDÉIAS REFORMISTAS NA ÁREA DA SAÚDE

Muito embora a discussão sobre os trabalhadores do setor de saúde tenha assumido maior destaque nos debates nacionais e internacionais na presente década, este tema esteve presente em diversos momentos do século XX, como é o caso da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS), Banco Mundial, entre outros. Em relação ao Banco Mundial, a questão dos trabalhadores em saúde já pode ser encontrada no primeiro documento produzido por este organismo que tratou especificamente da saúde, denominado *Salud: documento de política sectorial* (BANCO MUNDIAL, 1975).

A justificativa para se estudar documentos de Organismos Internacionais reside, entre outras coisas, no caráter ativo de difusão ideológica e orientação política que esses Organismos apresentam desde sua origem. É possível tomar o exemplo do Brasil, mas também de outros países da América Latina, nos quais o Banco Mundial exerceu uma atividade protagônica na difusão de idéias favoráveis à implementação de reformas de Estado, incluindo reformas de setores sociais como a saúde e a educação, cujo objetivo consistia em adequar os Estados nacionais aos ditames impostos pela dinâmica dos capitais internacional e nacional. Especificamente no caso da reforma do setor de saúde brasileiro, estudiosos apontam para a participação ativa do Banco Mundial na difusão de orientações para a tomada de decisões políticas que pretendiam promover um “desmonte” do Sistema Único de Saúde (RIZZOTTO, 2000; MATTOS, 2001; SOARES, 2001; RODRIGUES, 2005).

Esquemáticamente, este capítulo encontra-se dividido em dois tópicos principais. Inicialmente, dada a relevância política adquirida pelos Organismos Internacionais, é imprescindível recuperar um pouco de sua história, para que se possa compreender, desde sua origem, quais os objetivos dessas instituições, e como esses objetivos se comportaram ao longo do tempo, expressos por meio de sua atuação política.

O Organismo Internacional que, no setor da saúde, se estabeleceu ao longo da década de 1990 como principal agência na difusão de idéias reformistas foi o Banco Mundial (MATTOS, 2001), e portanto, a ele será dedicada maior atenção. Serão recuperados, também,

os históricos de outros dois Organismos Internacionais: trata-se da Organização Mundial da Saúde (OMS), agência das Nações Unidas que trata dos assuntos de saúde; e também da oficina regional da OMS nas Américas, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Considerando que a focalização das políticas sociais consiste na diretriz política que tem norteado as propostas e ações dos Organismos Internacionais nos últimos tempos, justificada pelo discurso de alívio/combate à pobreza, a ela será dedicada atenção particular.

Por fim, delimitando a exposição na temática da pesquisa, serão apresentados os elementos que tratam dos trabalhadores do setor de saúde encontrados em dois documentos do Banco Mundial que consideramos importantes, os quais tratam especificamente da saúde, editados em 1975 e em 1993. Denominam-se, respectivamente, ***Salud: documento de política sectorial*** e ***Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial***: investindo em saúde.

1.1 – Organismos Internacionais: emergência e atuação política

As principais agências internacionais, como o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD), comumente conhecido como Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI), e as instituições ligadas às Nações Unidas (ONU), surgiram no contexto da reconstrução dos países capitalistas após a Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945). Gurgel (2003, p. 119) considera que os Organismos Internacionais, ao longo da sua história, cresceram em importância, assumindo um caráter de aparelhos de Estado supranacionais.

Após a Segunda Guerra Mundial, a configuração política, geográfica e econômica do planeta sofreu grandes alterações. O fim da hegemonia européia foi acompanhado da emergência de duas novas potências militares e econômicas, os EUA e a URSS. Essas duas potências representavam as frentes capitalista e socialista na disputa por ampliação de seus territórios de influência.

Com a convicção de que o mundo não suportaria outro período de guerras, a frente capitalista liderada pelos EUA decidiu criar instituições multilaterais responsáveis pelo desenvolvimento de uma nova ordem econômica mundial, capitalista, com estabilidade social e caracterizada pelo livre comércio internacional, dando fim a práticas ainda presentes

naquele momento, como o protecionismo inglês entre metrópole-colônia (RIZZOTTO, 2000; HOBSBAWN, 2001; GURGEL, 2003; FONSECA, 1998). As negociações iniciaram em dezembro de 1941, e culminaram em julho de 1944, em Bretton Woods (New Hampshire – EUA), com a Conferência Monetária e Financeira das Nações Unidas. Tendo representantes de 44 países, a Conferência de Bretton Woods objetivava

planejar a estabilização da economia internacional e das moedas nacionais prejudicadas pela Segunda Guerra Mundial. Os acordos assinados em Bretton Woods tiveram validade para o conjunto das nações capitalistas lideradas pelos Estados Unidos, resultando na criação do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). (SANDRONI, 1994, p. 68)

O BIRD participa hoje, juntamente com a Associação Internacional de Desenvolvimento (AID) da constituição do Banco Mundial⁹. Rizzotto (2000, p. 61) afirma que a hegemonia norte-americana esteve presente já no momento de constituição do Banco Mundial. Conforme esta autora, no momento da criação do Banco Mundial, os Estados Unidos eram o único país que possuía grandes reservas em ouro, e assim, os fundos do Banco Mundial foram compostos, em sua maioria, por recursos norte-americanos. Dessa maneira, “a definição dos princípios constitutivos e as regras de financiamento, apresentados por delegados americanos prevaleceu”.

Assim como o BIRD e o FMI, a Organização das Nações Unidas (ONU) foi criada a partir de uma proposição do governo norte-americano logo após o fim da Segunda Guerra Mundial. A ONU consiste num conjunto de seis organismos “voltados fundamentalmente para a sustentação da segurança e da paz mundial”. Em torno da ONU surgiram algumas agências internacionais especializadas, como a OMS, e alguns fundos e programas, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e mais tarde, na década de 1960, foi criado o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (MATTOS, 2001, p. 379).

A OMS é a agência especializada da ONU para a saúde. “(...) concebida para oferecer cooperação técnica entre os países-membros, ela se engaja em um grande número de

⁹ Mattos (2001, p. 380) explica que a AID foi criada na década de 1960, com grande apoio dos EUA. Ela oferece empréstimos com melhores condições de pagamento que o BIRD, ao passo que são a longo prazo e sem juros. Esses empréstimos não estão disponíveis a todos os países, apenas àqueles pobres e com dificuldades de obter empréstimos no capital internacional, e que são elegidos anualmente; o Brasil, por exemplo, pode tomar empréstimos do BIRD, mas não da AID. Embora consistam em agências contabilmente distintas, o autor assegura que o BIRD e a AID compartilham do mesmo corpo técnico, constituindo-se parte do chamado Banco Mundial.

iniciativas de enfrentamento de problemas de saúde, bem como de iniciativas voltadas ao aprimoramento dos sistemas de saúde” (MATTOS, 2001, p. 379). A OMS conta com recursos orçamentários das Nações Unidas e também com recursos extra-orçamentários, “oriundos de doações voluntárias de países-membros a projetos específicos”.

Estabelecendo um comparativo entre as instituições de Bretton Woods e aquelas vinculadas à ONU no que diz respeito à sua estrutura de governo e financiamento, Mattos salienta que

As instituições de Bretton Woods e as agências e fundos do sistema das Nações Unidas têm estruturas de governo distintas em pelo menos um aspecto fundamental: o peso dos diversos países-membros nos processos decisórios. Em instituições como a OMS e o UNICEF, todos os países-membros têm o mesmo poder de voto nas instâncias de governo do qual participem; nas de Bretton Woods, o poder de voto de um país é proporcional à participação do mesmo na composição dos recursos financeiros da agência. Obviamente, isso cria mais oportunidades para que os países mais desenvolvidos possam influenciar os rumos, tanto do Banco Mundial como do FMI. Mas não se deve desprezar o poder de influência desses mesmos países sobre as demais organizações internacionais. A maioria das agências ligadas às Nações Unidas utiliza recursos extra-orçamentários provenientes de doações voluntárias dos países-membros a projetos específicos. E a maioria desses recursos provém dos países desenvolvidos, que desse modo influenciam diretamente as iniciativas dessas agências internacionais. (MATTOS, 2001, p. 380)

Por sua vez, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) consiste em uma entidade criada no início do século XX, primeiramente relacionada com o controle de epidemias que afetavam o continente, naquele momento estruturado num modelo econômico agro-exportador¹⁰, e que ampliou sua área de atuação desde então. Ao contar a história da organização, Macêdo (1997), a divide em dois períodos principais: até 1945 e após essa data. No primeiro período, a OPAS ainda era considerada uma “Oficina” (Oficina Sanitária Pan-Americana – OSP), com atuação autônoma, em parceria com os Estados nacionais americanos. No segundo grande período da OPAS, vinculado com a criação da OMS, em

¹⁰ “A 2ª Conferência Internacional dos Estados Americanos (México, Janeiro/1902), atendendo à recomendação do seu Comitê de Política Sanitária Internacional, aprovou a convocação de uma Convenção Geral de Representantes dos organismos das Repúblicas Americanas para decidir sobre a notificação de enfermidades, o intercâmbio dessa informação entre as Repúblicas, a realização de convenções periódicas sobre a matéria e o estabelecimento de uma oficina permanente, em Washington, USA, para coordenar essas atividades. A preocupação dominante era a ameaça que as epidemias freqüentes significavam para o comércio internacional e os riscos de sua disseminação pelas correntes migratórias então em alta para as Américas, especialmente para os Estados Unidos” (MACÊDO, 1997, p. 19-20).

função de disputas internas, os representantes da OSP foram impelidos a transformá-la em Organização Pan-Americana de Saúde, no ano de 1947.

Foi no processo de consolidação financeira da OPAS, na negociação com a OMS, definiu-se que “a Oficina Sanitária Pan-Americana” atuaria como Escritório Regional da OMS para as Américas; o Conselho Diretor e a Conferência Sanitária Pan-Americana funcionariam também como o Comitê Regional da OMS; e o diretor da Oficina Pan-Americana seria ratificado pelo Conselho Executivo da OMS como seu diretor regional. (...) Esse arranjo, único no mundo, permitiu a unidade de ação entre o Sistema das Nações Unidas – OMS e o Sistema Interamericano – OSP/OPAS, em relação à saúde nas Américas. Continuando o processo de consolidação institucional, o Dr. Soper assina em 1950 acordo com a OEA pelo qual a OSP é formalmente reconhecida como a agência especializada de saúde do Sistema Interamericano e consegue, com o apoio do governo dos Estados Unidos e das Fundações Kellogg’s e Rockefeller, adquirir e instalar a primeira sede própria da Organização. Simultaneamente, o campo de atuação da Organização se amplia extraordinariamente (...). (MACÊDO, 1997, p. 25)

Como foi afirmado, os Organismos Internacionais emergiram no pós-guerra, num contexto de “Guerra Fria” entre as duas potências que objetivavam ampliar seus territórios de hegemonia. Em função disso, o caráter de acordos multilaterais entre diversos países, pensado inicialmente, foi deixado a um segundo plano, prevalecendo os acordos bilaterais.

Como grande potência capitalista, os EUA investiram ao longo da “Guerra Fria” em acordos com os países que estavam dispostos a lutar contra o avanço da frente socialista (RIZZOTTO, 2000, p. 64; HOBBSAWN, 2001). Com os países da América Latina (exceto Cuba), os EUA firmaram em 1961 o programa Aliança para o Progresso, nos moldes de acordos bilaterais, que existiu até 1974. Este programa foi regido pela mesma ideologia presente nas ações dos Organismos Internacionais desde então. Trata-se da ideologia do desenvolvimento. Num jogo de causa-efeito, apresentado aqui de modo simplista, esta ideologia prega que basta promover o crescimento econômico que naturalmente iria melhorar das condições de vida das populações (RIZZOTTO, 2000, p. 80). Essa concepção pode ser encontrada, por exemplo, no modo como são categorizados os países do mundo: desenvolvidos, em desenvolvimento, ou ainda, subdesenvolvidos.

Em termos de políticas sociais, a bipolarização ideológica mundial associada a um período de expansão do capitalismo, possibilitou a execução, nos países centrais, do que se convencionou chamar de Estado do Bem-Estar social, com intensa intervenção estatal nas políticas sociais e nas atividades econômicas. Este modelo entrou em crise durante a década

de 1970, resultante da associação da crise econômica do capitalismo, de uma crise política vinculada aos sinais de derrocada do chamado socialismo real (NETTO, 1995).

Conforme Laurell (1995, p. 161), a crise econômica mundial do final dos anos de 1970 foi acompanhada pela ascensão da Nova Direita como força político-ideológica. Para enfrentar a crise, as soluções apontadas por esta frente eram reconstituir o mercado, a competição e o individualismo:

Isto significa, por um lado, eliminar a intervenção do Estado na economia, tanto nas funções de planejamento e condução como enquanto agente econômico direto, através da privatização e desregulamentação das atividades econômicas. Por outro lado, as funções relacionadas com o bem-estar social devem ser reduzidas. Usando o mesmo argumento, a competição e o individualismo só se constituiriam como forças desagregando os grupos organizados, desativando os mecanismos de negociação dos interesses coletivos e eliminando os seus direitos adquiridos. Isto seria conseguido com a desregulamentação e flexibilização da relação trabalhista e reduzindo as normas e contribuições trabalhistas fixadas no contrato coletivo. Por último, seria preciso combater o igualitarismo, pois a desigualdade é o motor da iniciativa pessoal e da competição entre os indivíduos no mercado. Apesar de todo esse antiestatismo, os neoliberais querem um Estado forte, capaz de garantir o marco legal adequado para se criarem condições propícias à expansão do mercado. (LAURELL, 1995, p. 162)

Coggiola (1996, p. 195) afirma que há um consenso em denominar de “neoliberalismo” as “políticas de privatização econômica e destruição das conquistas sociais” que se implementaram na Europa após a década de 1970, nos EUA desde o governo de Reagan, na América Latina após as ditaduras militares, e na ex-URSS e Europa Ocidental após o “comunismo”. Para este autor,

As políticas ditas neoliberais, especialmente aquelas destinadas a varrer conquistas históricas dos trabalhadores (reajuste automático dos salários, estabilidade do emprego, educação laica e gratuita, acesso e até existência de um serviço público em geral etc.), constituem claramente uma tentativa de descarregar a crise do capitalismo nas costas dos trabalhadores. As privatizações, fechamento de empresas, bloqueios à produção, destruição dos serviços públicos, não expressam uma ideologia determinada, mas veiculam o método fundamental do capitalismo para sair da sua crise e reconstruir suas margens de lucro: a destruição do potencial produtivo historicamente criado pela sociedade, que torna evidente o conflito entre o desenvolvimento das forças produtivas sociais e as relações de produção vigentes. Essas políticas exprimem uma necessidade orgânica do capitalismo em período de crise. (COGGIOLA, 1996, p. 196)¹¹

¹¹ Além disso, Coggiola (1996, p. 199) reconhece a existência de uma estreita imbricação das crises econômica e política, que associada à “profundidade inédita de ambas, leva o capitalismo atual a uma crise institucional (ou

Na América Latina, o neoliberalismo se disseminou um pouco mais tarde que nos países centrais. No ano de 1989, realizou-se uma reunião em Washington, intitulada “*Latin America adjustment: how much has happened?*”, com o intuito de avaliar as reformas econômicas que estavam sendo implementadas na América Latina. As conclusões deste encontro foram denominadas de “Consenso de Washington”, e resumidas por John Williamson, citado por Negrão (1996, p. 106):

1) disciplina fiscal, através da qual o Estado deve limitar seus gastos à arrecadação, eliminando o déficit público; 2) focalização dos gastos públicos em educação, saúde e infra-estrutura; 3) reforma tributária que amplie a base sobre a qual incide a carga tributária, com maior peso nos impostos indiretos e menor progressividade nos impostos diretos; 4) liberalização financeira, com fim de restrições que impeçam as instituições financeiras internacionais de atuar em igualdade com as nacionais e o afastamento do Estado do setor; 5) taxa de câmbio competitiva; 6) liberalização do comércio exterior, com redução de alíquotas de importação e estímulos à exportação, visando impulsionar a globalização da economia; 7) eliminação de restrições ao capital externo, permitindo o investimento direto estrangeiro; 8) privatização, com a venda de empresas estatais; 9) desregulação, com redução da legislação de controle do processo econômico e das relações trabalhistas; e 10) propriedade intelectual.

Sobre o Consenso de Washington, Negrão (1996, p. 106) afirma que: “Embora tivessem, a princípio, um caráter acadêmico, as conclusões do Consenso acabaram tornando-se o receituário imposto por agências internacionais para a concessão de créditos: os países que quisessem empréstimos do FMI, por exemplo, deveriam adequar suas economias às novas regras”, que em síntese, consistiam em abertura comercial e financeira; redução do tamanho e do papel do Estado; desregulamentação dos mercados. O Banco Mundial adotou as diretrizes contidas no Consenso de Washington, centrando suas atividades no continente americano nas questões macroeconômicas (RIZZOTTO, 2000, p. 147).

Se é possível afirmar a participação dos Organismos Internacionais na transmissão da ideologia da necessidade de reforma do Estado nos países periféricos, como afirmaram os autores anteriormente citados, por outro lado não é possível afirmar que isto se processou passivamente no interior dos países.

Certamente, a incorporação do ideário e das proposições políticas difundidas por Organismos Internacionais não se processa passivamente no interior dos Estados nacionais.

crise da ordem mundial) em que se verifica a erosão de todo o sistema econômico e político mundial pacientemente construído no pós-guerra”, como as instituições de Bretton Woods e a ONU.

Entretanto, existem condições econômicas e políticas internas e externas que, na dinâmica do capitalismo internacional podem exercer pressões de variados graus. É o caso do endividamento externo e dos decorrentes planos de estabilização, desenhados em torno da sobrevalorização cambial, das altas taxas de juros e da abertura comercial e colocados em prática pelos países latinoamericanos durante a década de 1980, que de certo modo os coagiu a adotar recomendações internacionais como as impostas pelo Consenso de Washington.

Mattos (2001, p. 378) considera que até a década de 1970, grande parte das sugestões políticas vindas dos Organismos Internacionais e dos fóruns internacionais de discussão surgiram de debates amplos entre os representantes dos diversos países. Explica que as principais ferramentas utilizadas para granjear a adesão dos países às propostas políticas eram a cooperação técnica e o diálogo político. No entanto, no contexto das propostas de ajuste estrutural que caracterizou os anos de 1980, emergiu outro modo de desenvolver e difundir as sugestões políticas, que a partir de então passaram a ser direcionadas especificamente para os países em desenvolvimento:

As propostas de políticas passaram a ser elaboradas no âmbito restrito a algumas agências internacionais e aos principais governos do mundo, disseminando-se com a ajuda de dispositivos de indução (como os empréstimos condicionados à adoção de certas políticas econômicas). Nos anos 90, há uma retomada do diálogo político em duas dimensões: o diálogo entre as próprias agências internacionais e o diálogo das agências com cada governo. Mas há persistência de uma assimetria que vinha já da década de 1980: as sugestões de quais políticas seriam mais adequadas aos países em desenvolvimento são elaboradas no âmbito das agências internacionais. O diálogo político com cada governo, mesmo que adotando em menor grau as condicionalidades, visa obter a sua adesão às sugestões já elaboradas.

Vieira (2001, p. 85), por sua vez, ao abordar as ações do Banco Mundial na área educacional brasileira, questiona se elas consistem em cooperação ou em intervenção. A partir de suas análises, a autora observa que se está atravessando um processo onde há uma articulação entre cooperação e intervenção. Considera ainda que “seria simplista supor que um organismo internacional dita as regras do jogo de fora e o país simplesmente as acata sem restrições”. Para ela isso não se dá de maneira tão simplista, afirmando que existe sintonia entre os Organismos Internacionais e os governos “acentuada pela globalização das agendas educacionais”.

Desde Bretton Woods, outros organismos foram sendo criados, especialmente no contexto da ideologia do desenvolvimento, como agências nacionais de cooperação

internacional, bancos regionais de ajuda ao desenvolvimento (caso do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, criado em fins da década de 1950). Segundo Mattos (2001, p. 381), o conjunto desses organismos formava uma complexa rede, e se apresentavam como uma “comunidade de ajuda internacional ao desenvolvimento”, que funciona numa dinâmica de competição/cooperação, “isto é, um contínuo processo de negociação sobre uma certa divisão de trabalho na ajuda internacional”.

Essa “comunidade de ajuda internacional ao desenvolvimento” entrou em crise na década de 1990. Para Mattos (2001, p. 381), após uma década de difusão de idéias neoliberais, o tema do desenvolvimento teria deixado de ser central para os dirigentes dos países desenvolvidos:

O fim da Guerra Fria e a elevação do fluxo de capitais privados rumo aos países em desenvolvimento (ou melhor, rumo aos países em desenvolvimento, cujos governos faziam o “dever de casa”, implantando uma austera disciplina macroeconômica, reduzindo gastos públicos e realizando programas de privatizações) colocaram em xeque a necessidade de uma ajuda internacional ao desenvolvimento. Por outro lado, a política de contenção dos gastos públicos dos governos dos países desenvolvidos passou a impor aos setores menos importantes (como a cooperação internacional) cortes orçamentários significativos. Assim, desde 1993, os recursos mobilizados pelas agências nacionais de cooperação internacional vêm caindo. Pelo fato de parte desses recursos governamentais sustentar algumas agências internacionais, como as agências especializadas e os fundos das Nações Unidas, a crise atinge amplamente a comunidade do desenvolvimento.

Isto impeliu os Organismos Internacionais que compunham a chamada “comunidade internacional de ajuda ao desenvolvimento” a elaborar uma nova razão de ser. O desenvolvimento abre espaço para um novo mote: a redução da pobreza. Na luta por esta razão, “surgem tanto argumentos que apelam para o compromisso moral (e humanitário) de atenuar a pobreza no mundo, como que evocam as ameaças que o crescimento da pobreza periférica oferece para o próprio desenvolvimento e ordem nos países desenvolvidos” (MATTOS, 2001, p. 381).

Rizzotto (2006, p. 147) esclarece que o interesse dos Organismos Internacionais pela pobreza já havia se apresentado em outros tempos, mais enfaticamente em dois momentos:

Primeiro, no final da década de 1960, início da era McNamara na presidência do Banco Mundial, quando se constatou que o crescimento econômico ocorrido nos países periféricos, nas décadas anteriores, não resultou de forma mecânica e imediata em desenvolvimento social, nem na

redução das desigualdades sociais existentes. O crescimento econômico experimentado não melhorou a situação de vida das pessoas marginalizadas nessas sociedades, ao contrário, a promoção do desenvolvimento econômico nesses países reverteu em maior concentração de renda e aumento das desigualdades sociais intra e entre países. O segundo momento se deu na década de 1990, quando os níveis de pobreza assumiram dimensões planetárias, refletindo os danos sociais dos planos de estabilização do FMI e dos programas de empréstimos de ajuste estrutural e setorial do Banco Mundial, colocados em prática ao longo dos anos de 1980, na tentativa de resolver os problemas da crise da dívida externa dos países periféricos, resultado da transferência da crise que os países ricos enfrentaram a partir dos anos de 1970. (RIZZOTTO, 2006, p. 147)

Fonseca (1996, p. 231) tece considerações semelhantes a respeito do projeto de desenvolvimento do Banco Mundial, que até a década de 1960 era pautado pelas metas de crescimento econômico. A partir de então, o crescimento econômico passou a ser concebido como condição necessária mas não suficiente para que a distribuição da riqueza ocorra de forma justa. Conforme a autora, as razões para tal eram a crença de que os benefícios do crescimento econômico poderiam se concentrar nos setores mais modernos da economia, em detrimento das populações marginalizadas economicamente.

Diante desta evidência, o Banco define, como prioridade, atuar o centro do problema que pode representar uma ameaça à economia dos países centrais: o crescimento descontrolado da pobreza nos países periféricos. Este arrazoado de caráter humanitário explica apenas uma parte do problema. A preocupação do Banco em relação à marginalização econômica deu-se também pelas reações sociais que eclodiram no Terceiro Mundo, marcadamente na América Latina, a partir da década de 60. Neste caso, as medidas voltadas para a distribuição mais justa da riqueza não constituíam apenas “um objetivo moral mas, antes de tudo, um imperativo político” para resguardar a estabilidade do mundo ocidental, segundo o discurso do então presidente do Banco.

Em Shiroma e Evangelista (2004a, p. 4-5) encontra-se uma contextualização dos distintos sentidos atribuídos à pobreza e propostas de administrá-la. Na década de 1960, a perspectiva atribuída à pobreza foi a redistributiva e desenvolvimentista, atrelada ao ideário da CEPAL de construção de uma comunidade econômica na América Latina. Nos anos de 1970 era concebida como decorrente do atraso econômico. Na década de 1980, diante do fracasso do modelo de desenvolvimento nacional, acompanhado pelo agravamento das

questões sociais, o caminho proposto pela CEPAL foi promover a equidade entre todas as áreas, a fim de obter um desenvolvimento global¹².

A partir de 1990, a pobreza adquire centralidade, especialmente após a publicação de um informe do Banco Mundial, o qual alertava para a necessidade do uso dos recursos mais abundantes nos pobres: o trabalho. “Para tanto, era necessário prover-lhes serviços sociais básicos. O caminho aventado para aumentar tal recurso foi o investimento em educação. Num contexto de mundialização do capital, o resultado foi aumento acelerado da pobreza vista como efeito deletério da globalização” (SHIROMA, EVANGELISTA, 2004a, p. 5). Os mesmos argumentos estão presentes em documentos do Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 58), ao declarar que a redução da pobreza teria duas estratégias principais: “promover a utilização do bem mais importante dos pobres – o trabalho – e aumentar seu capital humano, mediante o acesso a atendimento médico, educação e nutrição básicos”.

No que se relaciona com as políticas educacionais, Shiroma e Evangelista (2004a, p. 1-2) abordam como o discurso “humanitário” do combate à pobreza se desenvolveu nas últimas décadas no interior de documentos de Organismos Internacionais. De acordo com estas autoras, na década de 1990, o lema difundido por estes Organismos era “educação para a competitividade”, expresso em termos como produtividade, qualidade, competitividade, eficiência e eficácia. A partir de 2000, este discurso mudou: o *slogan* passou a ser “educação para o combate à pobreza”, e são enfatizados os conceitos de justiça, equidade, coesão social, inclusão, *empowerment*, oportunidade e segurança. Para as autoras:

Tais conceitos supõe uma espécie de “companheirismo social” pelo qual “os que têm” colaboram com “os que nada têm” ou “têm pouco”. Este viés humanitário deveria estar na base da construção de políticas educativas – e sociais – viabilizadoras da convivência harmoniosa em sociedade, composta de “parceiros” – Estado, mercado, sociedade civil – que se irmanam na luta por melhores condições de vida, entre outros apelos que só as elites dominantes são capazes de produzir com o que está em causa é a sua hegemonia. (EVANGELISTA, SHIROMA, 2004a, p. 2)

¹² Para um estudo mais aprofundado a respeito da temática da pobreza, recomendamos a leitura de Garcia (2005). Este autor recupera os sentidos atribuídos historicamente para a pobreza, a partir da sua dimensão política e econômica, desde os evangelistas até os liberais, social-democratas e marxistas. Ver: GARCIA, Adir Valdemar. A pobreza do homem. Tese (Doutorado em Sociologia Política) - Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, 2005.

Para Mattos (2001, p. 378), é neste cenário de combate à pobreza que a oferta de idéias assume destaque como novo padrão de atuação por parte dos organismos internacionais. O argumento de que a eficácia da ajuda é muito maior em decorrência de aconselhamentos políticos do que por doações ou empréstimos foi um dos argumentos que acompanhou a redução do montante de empréstimos destinados aos países “em desenvolvimento” simultaneamente a um aumento nas recomendações difundidas pelos Organismos Internacionais de forma geral¹³.

Em função dessa nova justificativa para a sua existência, ou seja, o combate à pobreza, instituições como o Banco Mundial têm investido em pesquisas e discussões de temas ligados ao desenvolvimento e/ou à redução da pobreza. Mattos (2001, p. 382) considera que o preparo e a divulgação dessas pesquisas é uma das formas mais visíveis da oferta de idéias, e descreve que existem dois tipos de documentos: os que abordam um tema em geral, sem menção específica a determinado país, mas que tem como público-alvo os governos dos países em desenvolvimento em geral e também a própria comunidade internacional de ajuda ao desenvolvimento; e aqueles que abordam determinado tema em determinado país, circunscrito no diálogo político entre a instituição e o país em questão.

O diálogo político no interior da própria comunidade, segundo Mattos (2001, p. 382) visa obter um consenso sobre quais iniciativas, projetos e políticas devem receber apoio em cada país. Esse consenso, entre outras coisas, permite regular diretamente os destinos de fluxos de recursos intermediados pela comunidade; permite oferecer aos mercados privados avaliações sobre o desempenho dos governos que se candidatam a captar recursos privados; além de oferecer uma aparência sólida à comunidade que receberá recursos, garantindo que sua aplicação nos países “em desenvolvimento” se dará de maneira zelosa, com eficiência garantida.

Ao consultar documentos de Organismos Internacionais distintos, mas que tratam de uma mesma temática, uma das coisas que chama a atenção já nas primeiras leituras é a similaridade discursiva, ou, o consenso a que Mattos (2001) se referia anteriormente. Os discursos presentes nos documentos são pautados nos mesmos eixos, como se fossem resultado de um movimento e/ou matriz ideológica comum. Certamente, resultam da dinâmica

¹³ Esta ênfase nos aconselhamentos políticos, acompanhada por uma progressiva redução no montante de financiamentos destinados aos países periféricos, é também desenvolvida por César Luiz de Mari. Para um aprofundamento nesta faceta dos OI na atualidade, consultar: MARI, C.L. **Sociedade do Conhecimento e Educação Superior na Década de 1990: O Banco Mundial e a produção do desejo irrealizável de Midas**. Tese (doutorado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

por hegemonia existente no interior da própria comunidade internacional. Mattos (2001, p. 283) também atenta para este fato: “o consenso serve também para afirmar a proeminência da organização que elaborou as propostas em torno das quais se deu o consenso. Desse modo, ele se inscreve na dinâmica da competição e cooperação que existe entre doadores e as agências internacionais”.

Segundo Mattos (2001), a emergência desse novo padrão de atuação dos Organismos Internacionais ocorreu concomitantemente à crescente proeminência do Banco Mundial nos debates internacionais sobre um amplo elenco de temas e políticas, incluindo as políticas de saúde. O autor descreve a estratégia adotada pelo Banco Mundial ao longo da década de 1990:

A estratégia do Banco Mundial nos anos 90 merece ser destacada. Primeiramente, o Banco, que esteve intimamente associado ao FMI nos anos 80 na difusão das propostas de ajustes estruturais, começou a demarcar as diferenças entre sua missão e a de seu irmão gêmeo. Em segundo lugar, o Banco buscou ativamente se aproximar das organizações não-governamentais, que vinham intensificando sua mobilização crítica ao papel das instituições de Bretton Woods na sustentação da ordem mundial. Em terceiro lugar, o Banco aderiu ao novo mote do combate à pobreza, fazendo coro ao grande número de agências internacionais. Ele cunhou seu novo *slogan* – “nosso sonho é um mundo sem pobreza” –, e adotou a prática discursiva de justificar todas as suas iniciativas (inclusive suas recomendações de austeridade fiscal) como se as mesmas tivessem algum impacto positivo sobre a pobreza. Por fim, o banco buscou intensificar o diálogo com as demais agências internacionais e órgãos de cooperação internacional, com vistas a produzir consensos sobre o que deve e o que não deve ser apoiado por essa comunidade internacional. (MATTOS, 2001, p. 381)

Vieira (2001, p. 65) também destaca esta proeminência do Banco Mundial, mas considera que sua importância crescente decorreria de dois fatores interdependentes. Por um lado estaria seu destaque como principal organismo de financiamento de projetos de desenvolvimento internacionalmente. Por outro lado, a autora considera o seu “papel estratégico no reordenamento da ordem mundial através do incentivo às políticas de ajuste estrutural nos países em desenvolvimento”.

Por fim, é preciso resgatar que no final da década de 1990 a OMS tentou assumir uma posição de maior destaque no aconselhamento sobre a reconfiguração dos sistemas de saúde. Isso ocorreu quando a ex-primeira-ministra da Noruega, a senhora Brundtland assumiu a direção desse órgão, em 1998. Mattos (2001, p. 387-388) afirma que essa disposição ficou bastante clara no Relatório da Saúde Mundial de 1999. Mas o destaque dado pelo autor foi

para o Relatório da Saúde Mundial de 2000, no qual a OMS apresenta uma escala de desempenho dos sistemas nacionais dos países-membros, o que gerou muitas discussões sobre a qualidade dos indicadores utilizados. No entanto, o autor sugere que o documento da OMS pretendeu trazer algumas contribuições para o debate sobre saúde:

De um lado ele pretende oferecer uma ferramenta para medida do desempenho dos sistemas de saúde, que passaria a ser feita sistematicamente, com periodicidade anual. (...) De outro, o documento destaca duas dimensões até então deixadas de lado nas discussões acerca dos sistemas de saúde. Embora o objetivo principal de um sistema de saúde seja melhorar a saúde, o documento defende que o sistema deveria também corresponder às expectativas de seus usuários, e ser justo no que diz respeito à relação entre seus dispositivos de financiamento e as realizações concretas do sistema. Nesta última dimensão, o documento ressalta a importância de que um sistema de saúde proteja especialmente os mais pobres dos gastos volumosos que decorrem de seu súbito adoecimento. É nesse sentido que o documento defende a adoção de dispositivos de pré-pagamento. (MATTOS, 2001, p. 388)

Mattos (2001, p. 388) termina seu artigo apontando que entre as iniciativas de oferta de idéias sobre a saúde por parte do Banco Mundial e da OMS existe algo em comum, tendo em vista que ambas instituições procuram apresentar suas recomendações para as reformas dos sistemas de saúde como se elas partissem de um conhecimento universal, e portanto, universalmente aplicável. As pesquisas que originam as publicações e sugestões políticas são efetuadas por técnicos altamente qualificados, mas que, no entanto, ficam à margem dos debates com os países-membros. Ao destacar as experiências consideradas mais adequadas dentre os países que estão com reformas em curso, esses Organismos procuram oferecer parâmetros dentro dos quais os países interessados deverão se adequar para a obtenção de recursos. Para o autor, “quer pela força das idéias supostamente universais, quer pelo constrangimento mais indireto, (...) este novo padrão de oferta de idéias parece seguir cumprindo um papel de disciplinar as políticas dos países em desenvolvimento”.

1.1.1 – Políticas sociais e o combate à pobreza: a focalização como diretriz política

Após essas reflexões acerca da emergência dos organismos internacionais e de sua atuação política nos países periféricos, será feita agora uma inflexão com o intuito de discutir

aquilo que vem direcionando as recomendações para reformas políticas no âmbito das políticas sociais. Trata-se da diretriz de focalização das ações e serviços sociais públicos, que se reflete como centralidade na atenção básica no caso da saúde e na educação básica, no caso da educação, voltadas para segmentos populacionais específicos.

Essa inflexão se justifica a partir de uma das premissas que está direcionando esta pesquisa, quer dizer, a idéia de que as novas proposições para a gestão e para a formação dos trabalhadores do setor de saúde estão de acordo com a diretriz política mais ampla de focalização das políticas sociais nos países periféricos, atrelada a um discurso humanitário de enfrentamento mais eficaz da pobreza que vem caracterizando a atuação dos Organismos Internacionais desde a década de 1990.

Para Rizzotto (2006, p. 148), é no contexto da adoção de políticas de combate à pobreza que a focalização como pressuposto das políticas sociais assume contornos nítidos e se constitui em estratégia de intervenção na sociedade. A concepção que justifica tal diretriz pauta-se na compreensão de que o crescimento econômico é um requisito obrigatório para a solução de problemas sociais, fato este que se associa à constatação de que haveria uma conexão entre a pobreza mundial e as relações instáveis no interior dos países e entre eles. Deste modo, os Organismos Internacionais e os dirigentes políticos dos países ricos passaram a pressionar os países pobres a direcionar suas ações em políticas sociais para os segmentos mais vulneráveis da população, por meio de financiamentos em programas de saúde, educação, nutrição, saneamento e controle demográfico, com o objetivo de amenizar a situação de miséria, sob o argumento de que isto contribuiria para o bem estar social e para uma melhor distribuição de renda. Assim, os representantes do capital pretendem obter “mínimo de coesão societária para a continuidade da acumulação, ampliação e concentração capitalista em nível mundial”. No entanto, na compreensão da autora, “ao financiarem os projetos e programas focalizados, estava implícito o objetivo de apaziguar os pobres por meio da satisfação das necessidades básicas ao mesmo tempo em que pretendiam manter sob controle a sua expansão”.

Sem dúvidas, a tendência à focalização das políticas sociais está relacionada com a emergência e a fixação do ideário neoliberal. Laurell (1995) afirma que este ideário gera implicações para as políticas sociais, ao passo que para o neoliberalismo o campo específico do bem-estar social é compreendido como pertencente ao âmbito privado: família; comunidade; e serviços privados. “Por isso, o Estado só deve intervir com o intuito de garantir

um mínimo para aliviar a pobreza e produzir serviços que os serviços privados não podem ou não querem produzir, além daqueles que são, a rigor, de apropriação coletiva” (LAURELL, 1995, p. 163).¹⁴

Esta lógica se pauta na concepção liberal de Estado, a qual não admite o conceito de direitos sociais: as condições de vida estão condicionadas à inserção no mercado de trabalho, onde o gozo dos benefícios sociais está subsumido a uma contrapartida, em trabalho ou via pagamento direto dos serviços; ou ainda, condicionadas à comprovação de situação de indigência. A concepção liberal de Estado também prevê um alto grau de mercantilização dos bens sociais, que devem estar submetidos à lógica do lucro (LAURELL, 1995).

Desta maneira, Laurell (1995) considera que o neoliberalismo impõe uma oposição radical à universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais. E ressalta que as estratégias concretas idealizadas pelos governos neoliberais para diminuir a ação do Estado no terreno do bem-estar social seriam: a privatização do financiamento e da produção dos serviços; cortes dos gastos sociais, eliminando-se programas e reduzindo-se benefícios; canalização dos gastos para os grupos carentes; e a descentralização em nível local.

Em relação aos cortes nos investimentos sociais públicos, eles são justificados por uma pretensa crise fiscal do Estado¹⁵. Laurell (1995) destaca que ao contrário do que se apregoa, a crise fiscal dos Estados latino-americanos não decorreu de gastos sociais excessivos, mas sim da dívida pública, provocada por mudanças nas relações econômicas nacionais e internacionais. Por sua vez, Boito Junior (1999, p. 105) assinala que diante da redução do já pequeno montante de investimentos e de gastos sociais, é incabível a afirmação de que “faltam verbas”, e, menos ainda, de que o Estado estaria passando por uma “crise fiscal”. Para o autor, a redução do montante de recursos é integrante necessária da política que visa atender aos interesses do grande capital nacional e internacional. E propõe uma comparação ao afirmar que a “crise fiscal” do Estado não existe para todos: que se coloque lado a lado os gastos do Estado com políticas sociais e os gastos voltados para os interesses do grande capital, como por exemplo para o pagamento dos juros da dívida pública.

¹⁴ Esta lógica auxilia na compreensão dos conceitos de bem público e bem privado presente nos documentos de Organismos Internacionais, como em Banco Mundial (1993); esses conceitos serão explicados mais adiante, neste mesmo capítulo.

¹⁵ Vale ressaltar que nos documentos consultados nesta pesquisa, conforme se verá mais detalhadamente no capítulo que se segue, a pretensa crise fiscal dos Estados constitui uma das principais justificativas na defesa de reformas setoriais de saúde que objetivam a redução dos recursos públicos investidos e otimização dos recursos destinados para o setor.

Com o corte dos investimentos e gastos sociais, há um desfinanciamento das instituições públicas, cujas seqüelas degenerativas e seu crescente desprestígio possibilitam o aumento da demanda ao setor privado, tornando os processos de privatizações socialmente aceitáveis. Além disso,

Outra forma de incrementar a demanda privada, proposta pelos técnicos do Banco Mundial (BM), é a cobrança dos serviços públicos, com o que se pretende transformá-los em mais uma mercadoria. A introdução do benefício/serviço público, na lógica do mercado, é obrigá-lo a competir em preço e qualidade com o serviço privado. Dois argumentos justificam essa proposta. Primeiro: é injusto o erário público pagar por um bem “privado” – ou seja, consumido por indivíduos particulares – como seria o caso, por exemplo, dos serviços educativos e de saúde, porque isso significaria que uns se apropriam dos recursos públicos e outros não. Segundo: a cobrança dos serviços proveria o setor público de recursos para elevar o seu reduzido orçamento – considerando uma variável imutável –, baseando-se ainda no princípio da austeridade estatal. Com essa medida, seriam atingidos três dos objetivos neoliberais: remercantilizar os bens sociais; reduzir o gasto social público; e suprimir a noção de direitos sociais. (LAURELL, 1995, p. 169)

No que tange à canalização de gastos sociais em programas seletivos, a autora adverte que ninguém se opõe, teoricamente, a uma política que canalize recursos sociais aos que menos ou nada têm, mas que isso “adquire um significado diverso quando, concretamente, tal política implica remercantilizar os benefícios sociais, capitalizar o setor privado, deteriorar e desfinanciar as instituições públicas” (LAURELL, 1995, p. 172).

O direcionamento dos investimentos sociais para segmentos selecionados da população é chamado de focalização. Na definição de Rizzotto (2006, p. 147),

Focalização tem sido traduzida como a ação de concentrar os recursos financeiros disponíveis em uma população definida, em última instância, trata-se de uma decisão orientada por razões de caráter econômico. Nas últimas décadas do século XX, no âmbito das políticas sociais em geral e das políticas de saúde em particular, o termo focalização assume *status* de categoria com ampla utilização em documentos de Organismos Internacionais como o Banco Mundial, o FMI – Fundo Monetário Internacional, a OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde, a UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, entre outros, que passaram a difundir a idéia de que o alívio da pobreza e a redução das enormes desigualdades sociais existentes nos países dependentes iriam ocorrer a partir da implementação de projetos e programas sociais dirigidos às populações pobres e grupos vulneráveis. Tais projetos teriam como objetivo explícito combater a pobreza, satisfazendo as necessidades básicas, o que deveria propiciar um mínimo de dignidade a esse segmento populacional. Nesse sentido, a discussão da focalização está diretamente relacionada com a temática da pobreza.

Relacionada com a pretensa crise fiscal do Estado, segundo Rizzotto (2006, p. 148-149), a noção de focalização representa a compreensão de que frente ao contingenciamento e à limitada disponibilidade de recursos financeiros destinados ao atendimento das infinitas demandas por serviços e benefícios sociais, “inclusive estabelecendo a clássica relação custo-benefício, o Estado deve priorizar e direcionar a sua ação, no âmbito das políticas sociais, para as camadas mais desfavorecidas da população”.

Embora tratando especificamente das políticas educacionais no Brasil, Vieira (2001, p. 69) destaca dois documentos de Organismos Internacionais voltados para a América Latina que foram importantes na difusão das idéias de focalização das ações sociais e combate à pobreza. O primeiro documento intitula-se “*Educación e conocimiento: eixo da transformação produtiva com equidade*” (UNESCO, CEPAL, 1992 e CEPAL, UNESCO, IPEA, INEP, 1995)¹⁶. Ele discorre sobre a necessidade de associar cidadania e competitividade, por meio de políticas públicas norteadas por diretrizes de desempenho e equidade, cujo instrumental básico seria a descentralização, a reforma institucional e a integração nacional. “É essa matriz de pensamento que dá substância à proposta de equidade, novo parâmetro a se firmar no cenário da concepção de políticas públicas, não mais orientadas por uma ótica universalista, mas focalizada” (VIEIRA, 2001, p. 70).

O segundo documento – “*Focalización y pobreza*” (UNESCO, CEPAL, 1992)¹⁷ – aprofunda este debate. Este documento contém contribuições apresentadas na Terceira Conferência Regional sobre a Pobreza na América Latina e no Caribe, ocorrida em novembro de 1992, na cidade de Santiago do Chile. A autora atenta para o fato que

Ao lado de uma visão teórica, o documento apresenta também estudos sobre o impacto de programas de focalização em países da região (Bolívia, Chile, Costa Rica, Equador, Trinidad e Tobago e Venezuela), o que permite identificar que as práticas de focalização se antecipam a uma teorização sobre o assunto. Com efeito, pode-se encontrar nexos entre as propostas que se formulam na região e políticas sugeridas por outras agências internacionais, como o Banco Mundial. É possível, portanto, que a matriz geradora de tais idéias tenha origem anterior à Cepal. (VIEIRA, 2001, p. 71)

Será possível verificar essa afirmação de Vieira de que a matriz geradora das idéias tenha origem anterior à Cepal mais a frente, quando serão apresentados dados coletados em documento do Banco Mundial de 1975, no qual a tendência à centralização da atenção no

¹⁶ CEPAL. UNESCO. **Educación e conocimiento: eixo da transformação produtiva com equidade**. Brasília: Ipea/Cepal/Inep, 1995.

¹⁷ NACIONES Unidas. CEPAL. **Focalización y pobreza**. Cuadernos de la Cepal. 71. Santiago, 1992.

nível básico e em populações definidas, como das periferias dos centros urbanos ou mulheres em idade fértil fica evidente.

Assim como Vieira (2001), Rizzotto (2006) relaciona a difusão de idéias de focalização com a atuação dos Organismos Internacionais. Laurell (1995) ratifica esta afirmação, relacionando a adoção de programas cujo objetivo declarado é garantir níveis mínimos de alimentação, saúde e educação para a população carente com o processo global de empobrecimento conseqüente das medidas econômicas de cunho neoliberal implantadas na América Latina. Mas a autora questiona a eficácia desses programas implantados pelos governos locais com o apoio financeiro dos Organismos Internacionais, ao estabelecer um comparativo entre a magnitude da pobreza e o montante de recursos destinado a eles. Como abrem espaços para serem manipulados pelo Executivo, a autora considera que na América Latina os programas de combate à pobreza têm o objetivo oculto de “assegurar uma clientela política em substituição ao apoio popular baseado num pacto social amplo, impossível de se estabelecer no padrão das políticas neoliberais”, e que deste modo não gere resistências ao projeto político (LAURELL, 1995, p. 173).

Retornando ao tema dessa seção, na concepção de Boito Junior (1999, p. 79), a idéia difundida acerca da focalização é que com o direcionamento dos gastos públicos, se substituiria o universalismo do Estado de bem-estar pela orientação particularista de concentrar recursos públicos na população de baixa renda, e assim haveria um efeito distributivo dos gastos sociais. Neste sentido, a focalização recuperaria, de modo enviesado, a velha prática liberal da filantropia. O autor assegura que a focalização tem duplo significado:

Para os neoliberais, focalizar os gastos públicos significa dirigí-los, ao menos em tese, para a população de baixa renda, mas, ao mesmo tempo, concentrá-los num piso mínimo e reduzido de serviços. Esse último aspecto, geralmente relegado ao um plano secundário no discurso neoliberal, é muito importante. Por exemplo, no caso da atual política educacional brasileira, a orientação é concentrar os gastos na educação básica – o que exclui, convém lembrar, a educação pré-escolar – e não compreende tampouco a segunda parte do ciclo de oito anos do primeiro grau. Não se trata, portanto, de tomar medidas, como a ampliação da rede de universidades e colégios públicos, que poderiam permitir à população de baixa renda ter acesso ao conjunto do sistema escolar. Essa população, segundo o postulado neoliberal, deve, ao contrário, contentar-se em permanecer na base da pirâmide escolar. Raciocínio similar aplica-se à previdência e à saúde – apenas pensões mínimas e tão-somente serviços médicos elementares e baratos deveriam ser fornecidos pelo sistema público à população de baixa renda. (BOITO JUNIOR, 1999, p. 80-81)

Ainda conforme Boito Junior (1999, p. 81), a noção de focalização é utilizada de modo restrito: os neoliberais discutem o perfil da distribuição dos serviços, mas se calam sobre o seu financiamento. Os neoliberais pleiteiam a focalização da oferta de serviços públicos, que devem ser mínimos e reduzidos para uma população de baixa renda, mas, no que diz respeito à focalização da cobrança dos impostos que financiam tais serviços, que de fato teria um efeito redistributivo de renda, ignora-se a possibilidade de “tirar mais de quem tem mais”. Assim,

Já no nível do enunciado, portanto, a idéia neoliberal de focalização revela-se pelo seu duplo significado (“dar pouco a quem tem pouco”) e pela sua aplicação restrita à esfera da distribuição dos serviços, uma proposta de mitigar a pobreza com recursos retirados dos próprios trabalhadores, e não uma proposta de distribuição de renda que visaria erradicar a pobreza. Tudo bem considerado, e se quisermos manter o estilo não muito adequado das fórmulas rápidas, diríamos que o princípio neoliberal da focalização não significa, ao contrário do que pretendem os ideólogos, “dar mais a quem tem menos”, mas, sim, “devolver pouco àqueles que os governos neoliberais tiram mais”. (BOITO JUNIOR, 1999, p. 82)

A focalização gera, para Oliveira e Duarte (2005, p. 285-286), uma alteração no modelo de proteção social “com a implantação de um novo padrão de regulação social”. A primeira alteração é o privilegiamento do acesso via renda e não via trabalho, focalizado na população pobre. Assim, o Estado deveria desenvolver políticas sociais focalizadas atuando por meio de medidas compensatórias nas conseqüências sociais mais extremas do capitalismo contemporâneo.

Vieira (2001, p. 72) destaca que o princípio da focalização teve grande repercussão nas políticas sociais desenvolvidas na América Latina nos últimos anos, que chegou ao Brasil “sob a forma de programas que não mais visam atingir as populações pobres em geral, mas antes segmentos específicos”. Mendes (2005, p. 26) destaca um documento do Banco Mundial de 2003, intitulado *Inequality in Latin America & the Caribbean: Breaking with History?*¹⁸, onde é possível verificar que a focalização está presente mesmo nos últimos documentos de Organismos Internacionais. De acordo com o autor, na tentativa de romper com a longa história de desigualdade social na América Latina e no Caribe, o relatório examina as razões de a região sofrer de uma desigualdade persistente; relaciona isso com os entraves ao desenvolvimento; e recomenda meios para a obtenção de maior igualdade na

¹⁸ WORLD BANK. *Inequality in Latin America & the Caribbean: breaking with history?* Washington: Banco Mundial, 2003.

distribuição de riqueza, renda e oportunidades. O autor destaca as quatro áreas de atuação por parte dos governos e sociedade civil apontadas no relatório:

1. empreender reformas das instituições políticas, sociais e econômicas, buscando maior igualdade, por meio de uma eficaz gestão macroeconômica e de instituições equitativas e eficientes de resolução de crises;
2. melhorar o acesso dos pobres a bens e serviços públicos, particularmente a educação e à saúde;
3. adotar políticas específicas de apoio às populações indígenas e afro-descendentes; e
4. reformar os programas de transferências de renda, de forma que alcancem as famílias mais pobres, por meio da utilização de critérios que condicionem o acesso às transferências à permanência dos filhos na escola e à utilização dos serviços de saúde, buscando a melhoria de sua capacidade de geração de renda no futuro. (MENDES, 2005, p. 27)

Com o intuito de relacionar estas propostas mais amplas de focalização com as diretrizes políticas adotadas nos espaços nacionais periféricos, o exemplo do Brasil será tomado. Sobre as políticas sociais na realidade brasileira atual, Oliveira e Duarte (2005, p. 285) consideram que elas visam prioritariamente:

o alívio à pobreza, a retirada da condição de miséria daqueles que sequer conseguiram alcançar as condições mínimas de sobrevivência. Mantêm-se, pois, os traços restritivos na forma de tratar as questões sociais no Brasil, uma vez que os avanços propostos na Constituição de 1988 foram logo alvo de reformas e que, na tão propalada modernização do país, persistiu o traço da era desenvolvimentista que submete a política social à política econômica. A orientação percebida nas ações do governo Fernando Henrique Cardoso e que, em certa medida, têm sido levadas a termo no atual governo de Luiz Inácio Lula da Silva, no que se refere à condução das políticas sociais em geral no Brasil revela clara escolha.

Em relação às políticas educacionais brasileiras, as autoras em questão afirmam que no Brasil, os programas de renda mínima surgem na metade dos anos 1990, acoplados com a educação, sob o formato de bolsa-escola, que vincula a transferência monetária à educação: “Esta vinculação obedece à lógica de que a educação guarda estreita relação com oportunidades de trabalho e a inserção da criança e do jovem na escola e que estaria contribuindo para quebrar o ciclo de pobreza das gerações futuras” (OLIVEIRA, DUARTE, 2005, p. 292). Para as autoras,

A educação, como uma das mais importantes e elementares políticas sociais, assume, nesse contexto de reforma a que se assiste nos países latino-americanos, um caráter dual e contraditório. Ao mesmo tempo em que se

afirma como uma política social de caráter universal (a ampliação da escolaridade e o crescimento do contingente de alunos atendidos nos sistemas e redes públicas, na maior parte dos países latino-americanos, é um indicador desta tendência) ela tem sido orientada também pela lógica da focalização. Esta segunda orientação tem conduzido a política educacional a se concentrar em processos que asseguram o acesso e a permanência de grupos mais vulneráveis socialmente na escola, como, por exemplo, as cotas para negros nas universidades públicas e os programas de distribuição de renda mínima, como o Bolsa-Escola. (OLIVEIRA, DUARTE, 2005, p. 289-290)

Do mesmo modo, a saúde foi incluída, a partir da década de 1990, como um dos setores envolvidos com o combate à pobreza. Em seu estudo, Rizzotto (2000, p. 121) destaca que é a partir do relatório do Banco Mundial de 1993 que a questão da pobreza passa a assumir certa centralidade nos discursos sobre saúde. O Banco Mundial declarou que a pobreza é parte constituinte do mundo, que aos que se preocupam com a harmonia do sistema mundial, como era o seu caso, caberia propor ações que auxiliassem no alívio do sofrimento dos pobres. Assim, a saúde foi tomada como importante arma no “alívio da pobreza”. No relatório de 1993, consta que os investimentos em saúde destinados para os pobres reduziram a pobreza ou então mitigariam suas conseqüências. Como se verá no tópico seguinte, esses investimentos se caracterizam por terem uma quantidade e qualidade de procedimentos previamente determinada, dentro de uma lógica de pacotes assistenciais centrados na assistência primária, ou seja, caracterizando uma centralidade na atenção básica, em detrimento dos demais níveis assistenciais.

Esta autora, em concordância com a afirmação de Laurell (1995, p. 163), considera que no caso brasileiro a noção de focalização se contrapõe ao princípio da universalidade, presente na Constituição Brasileira, segundo o qual ao Estado cabe assegurar para o conjunto da população “o acesso a bens e serviços públicos como saúde, educação, saneamento básico, habitação, transporte, etc”. E conclui afirmando que a adoção da focalização como pressuposto para a elaboração e implementação de políticas de saúde “implica em negar a universalidade como princípio doutrinário do Sistema de Saúde e substituir o princípio da igualdade pelo da equidade como diretriz para a tomada de decisão no âmbito dos serviços” (RIZZOTTO, 2006, p. 151).

1.2 – Políticas de saúde difundidas pelo Banco Mundial

Ao longo de sua história, conforme foi visto anteriormente, o Banco Mundial atuou nos mais diversos setores econômicos e sociais. De acordo com a conjuntura política e econômica internacional, e mesmo interna à instituição, o Banco Mundial dedicou maior ênfase a um ou a outro setor. No caso da saúde, dois momentos marcaram sua história no que tange a disseminação de recomendações de reformas políticas em saúde para a periferia do mundo, para os países ditos “em desenvolvimento”. Como já foi anunciado na introdução deste capítulo, o primeiro momento foi em 1975, com a publicação do documento *Salud: documento de política sectorial*, e o segundo foi em 1993, com o 16º *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial: investindo em saúde*.

Em sua tese onde estabelece relações entre as diretrizes políticas propostas pelo Banco Mundial para a área da saúde e as políticas de saúde brasileiras da década de 1990, Rizzotto (2000, p. 115), descreve que a saúde começou a aparecer como área de interesse para o Banco Mundial já em fins da década de 1960. Vinculadas ao combate à pobreza e à idéia de satisfação das necessidades básicas, as ações se restringiam aos aspectos de controle populacional, numa pauta de financiamento subsumida aos setores de infra-estrutura. Naquele momento acreditava-se que um acelerado crescimento dos pobres no mundo poderia gerar desafios complexos para a ordem capitalista. O controle do nascimento de pobres representaria a solução deste problema, além de que reduziria os investimentos nas áreas sociais e conseqüentemente seria possível investir mais em áreas produtivas.

O documento de 1975, primeiro estudo publicado pelo Banco Mundial especificamente para as questões de saúde, foi editado durante a gestão de Robert McNamara, que esteve na presidência do Banco Mundial de 1968 a 1981. Neste período cresceu no interior da instituição o tratamento das questões sociais como a educação, a pobreza e a desnutrição, relacionadas ao processo de desenvolvimento econômico. “McNamara associou a questão do desenvolvimento e do combate à pobreza, colocando estes problemas como referencial para as suas decisões e para as ações executadas durante a sua gestão na presidência do Banco Mundial” (RIZZOTTO, 2000, p. 88).

Com a finalidade de obter respaldo para influenciar as decisões políticas dos países membros “em desenvolvimento”, McNamara iniciou na década de 1970 uma série de

“estudos setoriais” sobre a vida econômica e social dos países recebedores de empréstimos. Tais estudos versavam sobre educação, saúde, agricultura, energia, transporte, população etc. Com estudos de caráter genérico o Banco passou a publicar os “documentos de política setorial”, que apontavam os problemas e propunham ações para a sua resolução (RIZZOTTO, 2000, p. 84). Apesar do discurso, a autora afirma que

A desmistificação do discurso do Banco Mundial, que enfatiza o “alívio da pobreza” e a “satisfação das necessidades básicas” nos anos 60 e 70, pode ser feita enquanto se verifica a hierarquia das áreas que fizeram parte da pauta de financiamento do Banco. Em ordem decrescente foram objeto de empréstimos do BIRD de 1947 a 1970: os setores de estrutura com 66,2% (energia elétrica e transporte), indústria com 16,25%, agricultura com 9,37%, desenvolvimento geral com 3,97%, serviços sociais (educação, planificação da família e abastecimento de água) com 2,1% e telecomunicações com 2%. (RIZZOTTO, 2000, p. 92)

Na década de 1980 a saúde passa a constituir campo específico da pauta de financiamento do Banco Mundial, pois, segundo Rizzotto (2000, p. 115), a instituição compreendeu que desta maneira poderia influenciar mais nas decisões políticas desse setor público. Entretanto, uma ação mais efetiva do Banco Mundial na difusão de orientações para os setores de saúde dos países periféricos se deu em 1993, com o *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial: investindo em saúde*. De acordo com Rizzotto (2000, p. 151),

Os acordos de empréstimo com maior aporte de recursos, no campo da saúde, são dos anos 90, quando é retomado no interior do Banco Mundial, de forma mais insistente, a discussão da questão da pobreza e a necessidade de reformas setoriais, momento também que o setor de saúde emerge, em nível mundial, como um mercado promissor para o investimento privado. Mas não se pode esquecer de outro fenômeno que desempenhou significativa relevância na ampliação dos empréstimos do Banco para o setor de saúde dos países periféricos, que foi a emergência e rápida disseminação de certas doenças transmissíveis como a AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, que vem sendo tratada pelo governo americano e, conseqüentemente, pelo Banco, como questão de segurança nacional.

Na opinião de Rizzotto (2000, p. 120) o “fato mais relevante para este recente interesse do Banco Mundial na área da saúde, está em que este setor passou a se constituir em um importante mercado a ser explorado pelo capital”. A autora levanta dados de 1990, quando o consumo de serviços de saúde no mundo estava em torno de US\$ 1,7 trilhão, que, em termos percentuais representava 8% do produto total mundial (4% do PIB de países “em desenvolvimento” e 12% do PIB de países desenvolvidos de alta renda).

No que diz respeito às recomendações contidas nos dois documentos em questão, pode-se concordar com Rizzotto (2000, p. 119) que afirma que tanto a concepção como o conteúdo das propostas de reformas políticas para a saúde dos países periféricos não se alterou substancialmente. O Relatório de 1993 representa um aperfeiçoamento das propostas presentes inicialmente no documento de 1975.

Rizzotto (2000) realizou uma análise detalhada dos dois documentos, e sintetizou aquilo que constitui o eixo comum dos documentos. Para o presente trabalho, é interessante recuperar estas informações, ao passo que permitem apreender o sentido das atuais políticas de profissionalização dos trabalhadores da saúde, que são regidas pela mesma concepção de saúde presente nos documentos do Banco Mundial.

Segundo a autora, as diretrizes e orientações políticas defendidas pelo Banco Mundial teriam como objetivo ampliar o espectro de atuação da iniciativa privada no setor da saúde, bem como auxiliar no processo de redefinição do papel dos Estados nacionais dos países periféricos: “as propostas do Banco para a ação estatal neste campo se limitam a programas destinados às populações mais pobres, centrados em ações de promoção e prevenção da saúde, que tenham custos reduzidos e efeitos impactantes” (RIZZOTTO, 2000, p. 120). Esse posicionamento é explicado pela autora, que considera que nos dois documentos em questão, do ponto de vista política a saúde aparece como uma concessão benevolente do Estado e não como um direito universal. E do ponto de vista da concepção de saúde presente nos documentos, esta concepção é fundamentada em teorias que cristalizam e hierarquizam as necessidades humanas, numa perspectiva de necessidades que a autora classifica como naturalista e a-histórica.

Ao deixar de ser concebida como um direito universal, a saúde pode ser compreendida como um bem público ou como um bem privado, dependendo da situação em questão. A explicação desses dois conceitos está presente em Banco Mundial (1993, p. 5). O bem público é aquele que deve ser proporcionado pelo Estado, tendo em vista o fato de beneficiar ao conjunto dos cidadãos. O bem privado cabe à iniciativa privada, pois é o serviço que beneficia cidadãos individualmente; a única possibilidade do Estado ofertar bens privados são em situações de grandes externalidades¹⁹.

¹⁹ O conceito de *externalidade* é definido como “transferência de benefícios ou malefícios de um indivíduo para outro”. Os serviços que geram externalidades são considerados bens públicos, e portanto, devem estar presentes no rol de serviços prestados pelos governos de cada país: “Muitos dos serviços relacionados com a saúde, como a transmissão de informações e o controle de doenças contagiosas, são *bens públicos*. (...) Como os mercados

É importante recuperar que no caso brasileiro, com a Constituição Federal de 1988, a saúde foi concebida como sendo um direito universal e dever do Estado, independente do caso. Sendo assim, a importação desse modelo proposto pelo Banco Mundial iria contra a Carta Magna brasileira; para tal, portanto, seria preciso reformular o SUS, atividade esta a que os governos brasileiros vêm se dedicando com especial apreço, como será visto no capítulo que trata do sistema de saúde brasileiro.

No que concerne à satisfação das necessidades básicas, Rizzotto (2000, p. 122) afirma que as propostas e estratégias do Banco Mundial para satisfazê-las se restringem ao que é orgânico e mera reprodução biológica, desconsiderando em termos de saúde “tanto a complexificação dos processos do adoecer humano, como os avanços científicos e tecnológicos conseguidos nesse campo”. No documento de 1975, por exemplo, consta que o Estado deveria concentrar suas ações em uma assistência coletiva, simplificada e descentralizada, abandonando a assistência hospitalar de alto custo. O documento de 1993 deixa mais clara esta recomendação, ao passo que define que para a satisfação das necessidades básicas, bastariam “serviços de saúde pública” e “pacotes clínicos essenciais”, que compreendem ações de baixo custo mas de alto impacto (RIZZOTTO, 2000, p. 127).

Alguns aspectos estão presentes nos dois documentos, como: vinculação do estado de saúde ao avanço ou retrocesso econômico de cada país; subordinação das políticas de saúde às políticas de crescimento econômico; racionalidade economicista, priorizando intervenções em saúde com base em cálculos da relação custo-benefício; e destaque para os limites das ações preventivas e de promoção da saúde, visto que a melhoria de saúde pode reduzir as taxas de mortalidade, e deste modo gerar desequilíbrios populacionais no sistema capitalista (RIZZOTTO, 2000, p. 122-124).

Segundo Rizzotto (2000, p. 128):

O sistema público de saúde que o Banco Mundial idealizou para os países “em desenvolvimento”, prega o abandono do tratamento clínico, dos avanços científicos e tecnológicos alcançados na área médica, hospitalar e farmacológica, ao mesmo tempo em que propõe a criação de serviços de

privados só proporcionam pouquíssimos bens públicos que são cruciais para a saúde, faz-se necessário que o governo intervenha para aumentar a oferta desses bens. No caso de outros serviços sanitários, são grandes as *externalidades*: o consumo de um indivíduo afeta o dos outros. A imunização de uma criança desacelera a transmissão do sarampo e de outras doenças, constituindo, portanto uma externalidade positiva. Poluidores e motoristas embriagados geram externalidades negativas para a saúde. Os governos devem encorajar comportamentos conducentes a externalidades positivas e desencorajar os que levem a externalidades negativas” (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 5).

saúde pública que se limitam à assistência básica, com utilização de procedimentos simples e baratos, idealizados por profissionais pouco qualificados, que segundo o Banco, dariam conta de resolver os “problemas de saúde mais gerais, de caráter familiar e comunitário”. (RIZZOTTO, 2000, p. 128)

É justamente nesse aspecto, dos profissionais envolvidos com a operacionalização do sistema de saúde preconizado pela instituição, que o texto seguirá tratando a partir de agora. Deste modo, serão aprofundados alguns aspectos principais dos documentos do Banco Mundial de 1975 e 1993 que dão sustentação às recomendações referentes aos trabalhadores da saúde contidas em cada documento.

1.2.1 – *Salud: documento de política sectorial*

Em *Salud: documento de política sectorial* (1975), o Banco Mundial toma como pressuposto a vinculação entre desenvolvimento econômico (ingresso *per capita*) e condições de saúde da população. Desta maneira, o desenvolvimento econômico traria benefícios para a saúde, mas a boa saúde também participaria do desenvolvimento econômico, naquilo que o Banco Mundial denominou de “inversão produtiva”, ou seja, os bons níveis de saúde aumentariam a disponibilidade de mão-de-obra (diminuiriam o absenteísmo ao trabalho), aumentariam as taxas de produtividade dos trabalhadores, bem como possibilitariam um melhor aproveitamento dos recursos naturais disponíveis (BANCO MUNDIAL, 1975, p.30-33).

*Los programas para mejorar la salud pueden considerarse como “consumo”, que es el objetivo final del desarrollo económico, y como inversión productiva. Al examinar las políticas actuales en este campo y su enfoque de cara al futuro es necesario hacer una descripción sistemática de ambos aspectos. En principio, debe hacerse una evaluación de los costos y beneficios de los planes de salud para determinar el orden de prioridades, pero en la práctica esos cálculos a menudo resultan demasiado difíciles y poco fidedignos. En los casos en que no sea viable el análisis de costo-beneficios, los análisis de la eficacia en función de los costos pueden proporcionar información útil para mejorar la asignación de recursos dentro del sector.*²⁰ (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 29)

²⁰ “Os programas para melhorar a saúde podem considera-se como “consumo”, que é o objetivo final do desenvolvimento econômico, e como inversão produtiva. Ao examinar as políticas atuais neste campo e seu

Arelado à diretriz de controle demográfico que norteava as ações do Banco Mundial naquele momento histórico, o documento considera que nos países “em desenvolvimento”, os perigos para a saúde são decorrentes das elevadas taxas de fecundidade, relacionando a raiz dos problemas de saúde dos países periféricos decorreria da sua condição de pobreza: “*con sus secuelas de poblaciones en rápido crecimiento, nutrición deficiente y hacinamiento e insalubridad de las condiciones de vivienda*”²¹ (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 17). No que diz respeito às enfermidades em específico, o documento centra-se nas doenças contagiosas (doenças infecciosas e parasitárias) e também na má nutrição, resultantes de uma tríade causadora da maioria das doenças que afetaria os pobres e as crianças dos países “em desenvolvimento”: ar, fezes e má nutrição.

De acordo com o estudo setorial que deu origem ao documento, os sistemas de saúde dos países ditos “em desenvolvimento” eram ineficazes e pouco equitativos. A recomendação dada naquele momento para solucionar este problema foi a seguinte:

*Para aumentar la eficacia de los recursos y asegurar un acceso más equitativo a los cuidados de salud es necesario que los gobiernos reduzcan sus gastos en hospitales y personal altamente calificado y dediquen más recursos a dotar de personal los servicios de salud de menor nivel en zonas que disponen de pocas instalaciones de este tipo o de ninguna. Estos servicios deberán dedicarse sobre todo a mejorar la salud ambiental y pública, las prácticas de salud personal y la nutrición. También se puede lograr un mayor ahorro analizando la relación costo-eficacia de las actividades en materia de salud y mediante una mejor administración y unas políticas de fijación de precios más racionales. Las reformas de los servicios que se brindan a los grupos más pobres de la población deben concentrarse en mejorar la salud a nivel de la comunidad, incluyendo entre sus objetivos el logro de cambios en los hábitos y actitudes de vida y la realización de actividades a nivel de las unidades familiares y de la comunidad destinadas a mejorar el abastecimiento de agua y las condiciones sanitarias.*²² (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 4-5)

enfoque frente ao futuro é necessário fazer uma descrição sistemática de ambos aspectos. A princípio, deve fazer-se uma avaliação dos custos e benefícios dos planos de saúde para determinar a ordem de prioridades, mas na prática estes cálculos em detalhes são demasiado difíceis e pouco fidedignos. Nos casos em que não seja viável a análise de custo-benefícios, a análise da eficácia em função dos custos pode proporcionar informação útil para melhorar a dotação de recursos dentro do setor” (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 29. Tradução livre).

²¹ “com seqüelas de populações em rápido crescimento, nutrição e vacinação deficientes e condições de moradia insalubres” (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 17. Tradução livre).

²² “Para aumentar a eficácia dos recursos e assegurar um acesso mais equitativo aos cuidados de saúde é necessário que os governos reduzam seus gastos em hospitais e pessoal altamente qualificado e dediquem mais recursos para dotar de pessoal os serviços de saúde de menor nível em zonas que disponham de poucas instalações deste tipo ou de nenhuma. Estes serviços deverão se dedicar principalmente em melhorar a saúde ambiental e pública, as práticas de saúde pessoal e a nutrição. Também se pode alcançar uma maior economia analisando a relação custo-eficácia das atividades em matéria de saúde e mediante uma melhor administração e políticas de fixação de preços mais racionais. As reformas dos serviços que se destinam aos grupos mais pobres

*Las reformas de los sistemas de salud orientadas a extender la cobertura de éstos a las comunidades rurales y a los pobres de las zonas urbanas deben hacer hincapié en las medidas ambientales y preventivas destinadas a controlar la incidencia de las enfermedades, combinándolas con el uso de medicamentos estándar y procedimientos simples para el tratamiento de las enfermedades. La puesta en práctica de un plan semejante requiere adoptar un nuevo enfoque en cuanto a la formación del personal y a la organización de los sistemas de atención de la salud.*²³ (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 49)

O Banco Mundial (1975, p. 68) assevera que o equilíbrio apropriado entre “*los aspectos ambientales, preventivos y curativos de los servicios de salud, la orientación y el adiestramiento del personal de salud y la relación entre éste y la comunidad son cuestiones de importancia fundamental*”²⁴.

Destes excertos é possível retirar várias considerações. A questão da eficácia em função dos custos é recorrente ao longo do texto: “*A fin de lograr mejores resultados con los recursos disponibles, los programas gubernamentales de salud deben formularse sobre a base de estudios de la eficacia en función de los costos*”²⁵ (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 37).

O Banco Mundial (1975, p. 48-49) considera que

*la asignación de fondos públicos para este fin [política de salud para el futuro] sigue siendo una cuestión de juicio de valores y de viabilidad política. Como se ha afirmado anteriormente, los gastos públicos en salud destinados a mejorar la calidad de la vida de los pobres pueden justificarse en términos morales y económicos, aunque la interacción compleja y dinámica de las fuerzas demográficas, sociales y culturales en las que influye la salud hace que resulte difícil afirmar cuál debiera ser el volumen de tales gastos en términos económicos.*²⁶

da população devem concentrar-se em melhorar a saúde no nível da comunidade, incluindo entre seus objetivos o alcance de mudanças nos hábitos e atitudes de vida e a realização de atividades em nível das unidades familiares e da comunidade destinadas a melhorar o abastecimento de água e as condições sanitárias”. (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 4-5. Tradução livre).

²³ “As reformas dos sistemas de saúde orientadas a ampliar a sua cobertura para as comunidades rurais e para os pobres das zonas urbanas devem empenhar-se nas medidas ambientais e preventivas destinadas a controlar a incidência das enfermidades, combinando-as com o uso de medicamentos *estándar* e procedimentos simples para o tratamento das enfermidades. A colocação em prática de um plano semelhante requer adotar um novo enfoque quanto à formação do pessoal e a organização dos sistemas de atenção à saúde” (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 49. Tradução livre).

²⁴ “os aspectos ambientais, preventivos e curativos dos serviços de saúde, a orientação e o adiestramento do pessoal de saúde e a relação entre estes e a comunidade são questões de importância fundamental” (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 68. Tradução livre).

²⁵ “Objetivando alcançar melhores resultados com os recursos disponíveis, os programas governamentais de saúde devem formular-se com base em estudos da eficácia em função dos custos” (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 37. Tradução livre).

²⁶ “A destinação de fundos públicos para este fim [política de saúde para o futuro] segue sendo uma questão de juízos de valores e de viabilidade política. Como se afirmo anteriormente, os gastos públicos em saúde destinados a melhorar a qualidade de vida dos pobres podem justificar-se em termos morais e econômicos,

A instituição estabelece uma clara relação entre a ineficácia dos sistemas de saúde e a formação de especialistas, que ocorreria muitas vezes com subsídios públicos. Esta problemática é de extrema importância para o presente trabalho, e assim como a questão da eficácia em função dos custos, também aparece repetidamente no texto: “*La mayor parte de los limitados gastos gubernamentales en salud se destina a mantener hospitales caros y bien equipados, atendidos por personal médico altamente capacitado*” ou ainda “*Una elevada proporción de los recursos gubernamentales se invierte en hospitales y, sobre todo, en servicios de hospitalización atendidos por médicos y enfermeras en cuya formación se ha invertido mucho dinero*”²⁷ (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 40).

O documento considera que os profissionais especializados acabam optando por fixar-se em regiões urbanas centrais, onde a oferta desses serviços já estaria saturada, em detrimento das críticas necessidades das zonas rurais. No que diz respeito aos custos da formação de médicos, o documento informa que seriam elevadíssimos, variando entre US\$ 25.000,00 a US\$ 80.000,00 ao ano. Deste modo, declara que uma elevada proporção da assistência internacional para os países “em desenvolvimento” teria sido para arcar custos de formação de médicos (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 41).

Outra problemática levantada pela instituição financeira diz respeito à emigração de médicos para outros países em busca de formação especializada. Isto elevaria a quantidade da população médica circulante em países centrais a cada ano. De acordo com o Banco Mundial, uma parte retorna aos países de origem, mas outra acaba fixando-se permanentemente nos países centrais (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 41).

Pautado nas diferenças entre países, o documento assevera que as possibilidades de ampliação da cobertura dos serviços oficiais de saúde variam bastante, de acordo com os pressupostos de saúde *per capita* e a disponibilidade de pessoal de saúde capacitado. E conclui que em alguns países, pode ser possível pensar nos termos de criar uma rede de serviços de saúde dotada principalmente de pessoal paramédico bem capacitado que remeteria

enquanto a interação complexa e dinâmica das forças demográficas, sociais e culturais que influenciam na saúde tornam difícil afirmar qual deverá ser o volume de tais gastos em termos econômicos” (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 48-49. Tradução livre).

²⁷ “A maior parte dos limitados gastos governamentais em saúde se destina a manter hospitais caros e bem equipados, atendidos por pessoal médico altamente capacitado” e “Uma elevada proporção dos recursos governamentais se investe em hospitais e, sobretudo, em serviços de hospitalização atendidos por médicos e enfermeiras em cuja formação se investiu muito dinheiro” (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 40. Tradução livre).

os casos mais complexos aos médicos e aos hospitais distritais (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 48).

Com base em todos os problemas apontados, traduzidos no diagnóstico de ineficiência e iniquidade dos sistemas de saúde nos países periféricos, o documento orienta que no futuro as políticas de saúde devem atuar:

*(1) ampliando la cobertura del sistema de atención primaria de la salud; (2) haciendo que los puestos de salud y los hospitales de distrito existentes respondan mejor a las necesidades del trabajador de atención primaria de la salud, y (3) planificando el modo de impartir los cuidados primarios con el objetivo de complementar la función desempeñada por los curanderos tradicionales de las sociedades rurales.*²⁸ (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 50-51)

A recomendação sobre “trabalhador de atenção primária à saúde” está ligada à idéia de que para serem eficientes, os sistemas de saúde deverão localizar-se próximos cultural e geograficamente das comunidades. Desta maneira, o trabalhador de saúde poderá atuar na identificação dos problemas de saúde, na prevenção de doenças e na promoção de comportamentos familiares saudáveis. Sendo da comunidade, e gozando de sua confiança, o trabalhador de atenção primária possuiria vantagens comparativas diante do sistema oficial de saúde, que *“carece de la capacidad para penetrar en la comunidad, no está familiarizado con el estilo de vida local y tiende a dar mayor importancia a los tratamientos curativos”*²⁹ (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 51). Assim,

El trabajador de salud podrá ser hombre o mujer, un viejo curandero o partero tradicional o un joven graduado de la escuela primaria. Su elección deberá reflejar las actitudes culturales locales y el que sepa leer y escribir no será una calificación esencial. La comunidad participará en la selección de este trabajador, quien, en muchos casos, desempeñará también otro empleo. Recibirá un breve adiestramiento en el tratamiento de algunas de las enfermedades más comunes pero su formación en técnicas clínicas será muy limitada, debiendo remitir los casos complicados a los centros de salud y hospitales de distrito, o, quizá, a los curanderos tradicionales. El que el trabajador de salud tenga conocimientos limitados de tratamientos curativos será aconsejable, a fin de asegurar que disponga de suficiente tiempo para realizar actividades ambientales y preventivas. Se le enseñarán las técnicas

²⁸ (1) ampliando a cobertura do sistema de atenção primária à saúde; (2) fazendo com que os postos de saúde e os hospitais distritais existentes respondam melhor às necessidades do trabalhador de atenção primária à saúde, e (3) planificando o modo de distribuir os cuidados primários com o objetivo de complementar a função desempenhada pelos curandeiros tradicionais das sociedades rurais. (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 50-51. Tradução livre)

²⁹ “carece da capacidade para penetrar na comunidade, não está familiarizado com o estilo de vida local e tende a dar maior importância aos tratamentos curativos” (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 51. Tradução livre).

*elementales de cuidados maternos e infantiles, de partos y de control del crecimiento de los niños, especialmente para detectar problemas de nutrición. El trabajador de salud organizará sesiones maternas para alimentar a los niños desnutridos e impartir educación sobre nutrición a las madres, llevará a cabo las vacunaciones y se ocupará de fomentar la planificación familiar. Este trabajador será también responsable de organizar las actividades comunitarias en el campo de salud ambiental, el abastecimiento de agua y los servicios sanitarios.*³⁰ (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 51)

Após esta apresentação das “restritas” atribuições delegadas pelo Banco Mundial para os trabalhadores de atenção primária, a instituição passa a discorrer sobre como deverá se efetuar a formação desses trabalhadores. A recomendação é que a formação (ou “*adestramiento*”, nas palavras do Banco Mundial) ocorra por etapas. Sugere que os cursos se organizem de forma quinzenal, ou então com duração de uma semana e intervalo de meses, e que periodicamente, após a formação inicial, ocorram cursos de revisão. Os conhecimentos transmitidos nesses momentos devem ser de fácil entendimento e de aplicação prática, relacionados com o quadro patológico e cultural da população do local onde os serviços são prestados. O aprofundamento dos conhecimentos deveria ser progressivo, num esquema meritocrático, subsumido aos êxitos alcançados individualmente pelos trabalhadores (“*actuación satisfactoria*”), como o alcance de metas: número de usuários de contraceptivos, vacinações e atividades sanitárias (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 52).

Numa concepção de que os problemas de saúde podem ser solucionados a partir da ação individual de sujeitos dotados de capacidade de comunicação, a instituição financeira considera que o trabalhador de saúde primária por ela preconizado

estará mucho mejor preparado técnica y socialmente que el médico clínico para hacer frente al cuadro de enfermedades de las comunidades de escasos

³⁰ “O trabalhador de saúde poderá ser homem ou mulher, um velho curandeiro ou parteiro tradicional ou um jovem graduado na escola primária. Sua escolha deverá refletir as atitudes culturais locais e saber a ler e escrever não será uma qualificação essencial. A comunidade participará na seleção deste trabalhador, quem, em muitos casos, desempenhará também outro emprego. Receberá um breve adestramento no tratamento de algumas das enfermidades mais comuns porém sua formação em técnicas clínicas será muito limitada, devendo remeter os casos complicados aos centros de saúde e hospitais distritais, ou quem sabe aos curandeiros tradicionais. Que o trabalhador de saúde tenha conhecimentos limitados de tratamentos curativos será aconselhável, com a finalidade de assegurar que disponha de suficiente tempo para realizar atividades ambientais e preventivas. Lhe ensinarão as técnicas elementares de cuidados maternos e infantis, de partos e de controle do crescimento das crianças, especialmente para detectar problemas de nutrição. O trabalhador de saúde organizará sessões maternas para alimentar às crianças desnutridas e distribuir educação sobre nutrição às mães, levará a cabo as vacinações e se ocupará de fomentar a planificação familiar. Este trabalhador será também responsável de organizar as atividades comunitárias no campo de saúde ambiental, abastecimento de água e serviços sanitários” (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 51-2. Tradução livre).

*recursos. Su mayor virtud será su origen socioeconómico y cultural – el mismo de las gentes a las que preste sus servicios – y, por tanto, su capacidad de comunicación con ellas en un estilo e idioma que comprendam.*³¹ (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 53)

Em citações como a anterior, mas também em outros momentos ao longo do texto, chama atenção a ênfase dada aos aspectos comunicativos, ou tecnologias leves. Certamente, na área da saúde, qualquer ação deve ser iniciada com uma boa anamnese, e a comunicação entre o agente do cuidado e o usuário do serviço é um fator de suma importância, ainda mais quando se parte da perspectiva de que o usuário não é um ser passivo, que deve participar do seu próprio cuidado. No entanto, é importante ressaltar que a origem de problemas de saúde não decorre simplesmente de problemas de comunicação (e educação, por consequência) e nem deles poderá vir a resolução desses problemas de saúde. Se na sua origem existem determinantes socioeconômicos e culturais, na sua resolução estes determinantes também estarão presentes, incluindo a adoção de tecnologias diagnósticas e de tratamento adequadas, bem como a estrutura física dos serviços, o nível de conhecimento técnico dos trabalhadores, a organização dos processos de trabalho, entre outras coisas. A título de exemplo, no Brasil, a comunicação é um dos aspectos que recebeu atenção especial nas Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em saúde.

O esquema proposto pelo Banco Mundial para a reforma dos serviços de saúde inclui a supervisão (administração) dos trabalhadores de atenção primária. A supervisão imediata se daria por meio de auxiliares de nível médio, com dezoito meses de formação após a educação primária ou secundária. O conhecimento que lhes é preconizado diz respeito a tecnologias sanitárias e de abastecimento de água, noções elementares de sociologia médica e também algumas técnicas clínicas, mas sempre primando pela atuação em promoção da saúde, e não em atenção individual de enfermidades (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 53).

A supervisão realizada por profissionais de nível superior poderia ocorrer dentro de dois esquemas: (1) “médico administrador de atenção primária”, dotado de conhecimentos em promoção de saúde no âmbito comunitário, capacitado para realizar cirurgias emergenciais com uso de equipamentos limitados e com formação em epidemiologia, considerada pela

³¹ “estará muito mais preparado técnica e socialmente que o médico clínico para fazer frente ao quadro de enfermidades das comunidades de escassos recursos. Sua maior virtude será sua origem socioeconômica e cultural – a mesma das pessoas a quem presta seus serviços – e, portanto, sua capacidade de comunicação com elas em um estilo e idioma que compreendam” (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 53. Tradução livre).

instituição “*la ciencia del origen de las enfermedades en su ambiente social*”³² (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 53); ou (2) administração realizada por indivíduos com outra formação que não a médica, dotados de amplos conhecimentos em questões de desenvolvimento rural, tarefas comunitárias e administração. De acordo com o Banco Mundial (1975, p. 54), a segunda alternativa seria mais apropriada do ponto de vista da promoção da saúde da comunidade, ao passo que os administradores não-médicos estariam libertos das pressões impostas pela tendência de dedicar-se às especializações médicas, assim como ao desejo humano natural de cumprir a tarefa de salvar vidas que “apenas os médicos poderiam realizar”³³.

O Banco Mundial (1975, p. 54) espera que sua proposta de reforma dos sistemas de saúde presente no documento em questão facilite um maior acesso da população aos cuidados de saúde, com maior penetração na comunidade e com menores custos unitários: “*Para funcionar económicamente, el sistema necesita procedimientos y medicinas que sean sencillos y baratos en la mayor medida posible, quedando descartadas las complicadas exploraciones con fines diagnósticos de la medicina occidental avanzada*”³⁴. Por fim, considera que embora aparentemente o aumento do número de trabalhadores de atenção primária faça aumentar os gastos com folha de pagamento, seria provável que no limite isso geraria economias quando comparado aos sistemas tradicionais de saúde.

1.2.2 – Relatório sobre o desenvolvimento mundial: investindo em saúde

Passados quase vinte anos, o Banco Mundial (1993) publicou seu segundo documento dedicado exclusivamente a assuntos de saúde. Neste documento, o capítulo que lhe dá início apresenta a compreensão da instituição a respeito da importância da saúde:

³² “a ciência da origem das enfermidades em seu ambiente social” (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 53. Tradução livre).

³³ É interessante notar a ênfase dada a uma pretensa vocação para os trabalhos em saúde. O exemplo aqui traz o caso dos médicos, mas entre os trabalhadores da enfermagem esta questão também esteve muito presente ao longo do tempo. Esse discurso camufla a natureza de trabalho que essas ocupações possuem, e ao transformá-las em vocação quase que religiosa, termina por considerar que o salário do trabalhador consiste em uma gratificação por um serviço que poderia ter sido feito gratuitamente, e que as condições de trabalho têm importância secundária.

³⁴ “*Para funcionar económicamente, o sistema necessita de procedimentos e medicinas que sejam simples e baratos na maior medida possível, ficando descartadas as complicadas investigações com finalidades diagnósticas da medicina ocidental avançada*” (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 54. Tradução livre).

Ter boa saúde, como sabemos por experiência própria, é parte essencial do bem-estar, mas os gastos com saúde também se justificam em termos puramente econômicos. A melhoria das condições de saúde contribui para o crescimento econômico de quatro maneiras: reduz as perdas de produção causadas por adoecimento do trabalhador; permite o uso de recursos naturais que estiverem total ou parcialmente inacessíveis por motivos de doença; aumenta o número de crianças matriculadas em escolas e as torna mais aptas para os estudos; e libera recursos que, em vez de serem gastos com tratamento, podem ter outra destinação. (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 19-20)

O Documento *Investindo em Saúde*, de 1993, realiza um diagnóstico semelhante ao realizado em 1975 a respeito dos problemas que afetam os sistemas de saúde dos países de “baixa renda”, “renda média” e nas “ex-economias socialistas”. Estes problemas seriam: ineficiência no uso dos recursos públicos, expressa na má alocação de recursos, pois na área de saúde os gastos públicos se destinariam a intervenções de pouca eficácia em função dos custos; desigualdade social no acesso aos serviços de saúde, usufruídos pelos mais favorecidos em detrimento dos pobres, caracterizando uma condição de restrita equidade; custos estratosféricos destinados a um modelo assistencial curativo (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 4). Deste modo, segundo o Banco Mundial (1993, p. 58 – grifos no original), “políticas públicas na área da saúde terão êxito se conseguirem mais bem-estar por meio de *resultados* melhores nessa área, mais *equidade*, maior *satisfação* dos usuários, ou um *custo* total inferior ao que seria registrado caso o governo não agisse”.

No entanto, os objetivos anteriormente mencionados não justificam, de acordo com a instituição financeira, a atuação dos governos na área da saúde. O Banco Mundial (1993, p. 5; 56; 58) preconiza que a atuação do Estado no provimento de serviços de saúde é justificada por três argumentos econômicos: (1) redução da pobreza por meio da prestação de serviços de saúde eficazes em função dos custos: considerando que “nem sempre os pobres podem pagar pelo tratamento médico que aumentaria a sua produtividade e seu bem-estar”, a instituição financeira afirma que investimentos públicos em saúde focalizados nos pobres ajudariam a reduzir a pobreza ou então a mitigar suas conseqüências; (2) oferta de bens públicos pautada numa rigorosa análise da relação custo-benefício, pois algumas ações de saúde possuem caráter inteiramente público ou então se relacionam com grandes externalidades, não cabendo à iniciativa privada promovê-las, pois os resultados deixariam a desejar; (3) neutralização de incertezas e deficiências geradas pelo mercado segurador privado, o que faria aumentar o

bem-estar, ao passo que melhoraria a eficiência dos serviços e a equidade do acesso (suprimindo a seleção negativa dos mercados seguradores bem como a demanda supérflua).

A partir dos princípios norteadores citados acima, um grupo de três abordagens deveriam orientar as ações dos Estados: (1) criação de um ambiente econômico para que as famílias melhorem suas condições de saúde, o que incluiria: adoção de políticas de crescimento econômico que beneficiasse os pobres; expansão do investimento em ensino, especialmente para meninas; promoção dos direitos e da condição da mulher, considerada pela instituição financeira o cerne familiar, que pode livrar as famílias da condição de pobreza; (2) tornar mais criteriosos os gastos com saúde, concentrando os gastos governamentais na compensação de deficiências de mercado e em serviços eficientes que beneficiem sobretudo os pobres, além de reduzir os gastos do governo com instalações terciárias, com a capacitação dos especialistas e em intervenções pouco eficazes em função dos custos; financiando e implementando um pacote de intervenções de saúde pública e um pacote de serviços clínicos essenciais, definidos nacionalmente; aprimorar a administração de serviços de saúde do governo, por meio de descentralização administrativa, terceirização de especialistas e autonomia orçamentária; e (3) promover a diversificação e concorrência por meio de políticas que incentivem a previdência social ou privada para o caso dos serviços clínicos não contidos no pacote essencial; incentivar a concorrência entre os fornecedores públicos e privados de insumos e serviços, sem distinção entre fornecedores nacionais ou internacionais; e gerar e disseminar informações sobre desempenho de prestadores de serviços, equipamentos e medicamentos essenciais, custo e eficácia de instituições e de prestadores de serviços (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 6).

A adoção das principais recomendações de políticas deste Relatório por parte dos governos dos países em desenvolvimento melhoraria enormemente o estado de saúde de suas populações, em especial o das famílias carentes, e contribuiria também para o controle dos gastos com assistência médica. Milhões de vidas e bilhões de dólares seriam poupados. A implementação dos pacotes de saúde pública e atendimento clínico essencial, a adoção de estratégias de crescimento econômico que reduzem a pobreza e maiores investimentos na educação de meninas são as medidas que mais produzem resultado quando o que se pretende é evitar mortes e reduzir a incapacidade. Quando se trata de aumentar a eficácia dos gastos com saúde, conviria diminuir as despesas públicas com instalações de assistência terciária, com capacitação de especialistas e com atendimento clínico de menor eficácia em termos de custos; e também incentivar a concorrência na prestação de serviços de saúde e regulamentar o seguro e os sistemas de pagamento. (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 15)

Em termos práticos, estas abordagens estatais se efetivam em três tipos de serviços: no que diz respeito ao provimento de bens públicos e em situações de externalidades preconizam-se serviços de saúde pública; para a redução ou alívio da pobreza recomendam-se serviços clínicos essenciais; e, finalmente, na regulamentação de atendimentos médicos e do seguro-saúde, recomendação a intervenção do governo na supressão de deficiências de mercado, prestando informações de saúde e inclusive incentivando a concorrência.

No documento em questão, o Banco Mundial remete-se repetidamente para a questão da pobreza, ao afirmar que os efeitos adversos de uma saúde precária afetam, sobretudo, os pobres, que além de adoecer com mais frequência, têm sua renda familiar dependente da sanidade física, e não dispõe de reservas financeiras para casos de emergências (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 23). Mais adiante, no texto, a vinculação entre pobreza e saúde fica mais clara, quando aparece que a saúde de adultos e crianças é diretamente afetada pelo seu modo de vida, mais do que qualquer ação governamental no campo da saúde. Esse modo de viver seria determinado pela renda e pelo nível de instrução de cada indivíduo, e também pela renda, aptidão e condição da mulher em cada país:

Devido a tais inter-relações, as ações governamentais em prol de uma saúde melhor afetam as condições de vida das famílias e das pessoas. Em função das medidas que aceleram o crescimento da renda e reduzem a pobreza, sobretudo nos países mais pobres, é possível melhorar a dieta da população, propiciar melhores condições de vida e melhor atendimento médico. Graças a políticas que asseguram possibilidades educacionais mais amplas, especialmente para meninas, as famílias têm condições de viver melhor, com mais acesso à informação e mais possibilidade de utilizar bem essa informação. Vale o mesmo para políticas que buscam oferecer a todos serviços de saúde eficazes e acessíveis. Todas essas políticas, juntas, criam um círculo virtuoso que torna coadjuvantes a redução da pobreza e uma saúde melhor. (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 39-40)

Os serviços de saúde são diferenciados pelo Banco Mundial entre serviços de saúde pública, que atendem a populações ou subgrupos populacionais, e serviços clínicos, que atendem às demandas de indivíduos, e buscam curar ou aliviar a dor de enfermos. Os serviços de saúde pública visam prevenir doenças ou traumas, prestar informações sobre a automedicação e a importância de buscar tratamento. De acordo com o Documento do Banco Mundial de 1993 (p. 77 – grifos no original), os serviços de saúde pública funcionam de três modos: “prestam *serviços de saúde* específicos às *populações* (por exemplo, imunizações), promovem *comportamentos* saudáveis e promovem *ambientes* saudáveis. Os governos têm aí

papel crucial, e a prestação de informações por meio da educação pública é uma característica básica da maioria dos programas, sobretudo aqueles destinados a mudar o comportamento”.

O Banco Mundial sugere que os serviços de saúde pública dos países “em desenvolvimento” devem incluir ações em seis áreas, ou ao menos na maioria delas. São elas: (1) serviços de saúde pública para segmentos populacionais: imunização, tratamento em massa para verminoses e triagem e encaminhamentos em massa; (2) dieta e nutrição: controle de doenças transmissíveis, promoção da aquisição e conhecimentos sobre uso de alimentos, promoção de renda e segurança alimentar para famílias pobres, suplementação e reforço nutricional, etc; (3) fecundidade: planejamento familiar, saúde materna, educação para jovens, acesso a aborto sem riscos; (4) reduzindo o abuso de tabaco, álcool e drogas: causadores de elevada mortalidade, são considerados pelo Banco Mundial externalidades negativas; (5) influências do ambiente na saúde: promover mudanças no ambiente doméstico, como salubridade de moradias e melhoria nas condições de renda e instrução das famílias, melhorias no ambiente do trabalho, no meio ambiente (poluição) e no ambiente rodoviário; (6) AIDS e DSTs: a AIDS é considerada pela instituição financeira como uma ameaça ao desenvolvimento, ao passo que consiste em uma epidemia grave e em crescimento mundial, e cujo enfrentamento deve se dar nas dimensões nacional e internacional; neste âmbito, as ações devem ser de prevenção, tendo como grupos-alvo jovens, mulheres e indivíduos de alto risco, além do tratamento dos indivíduos já acometidos pela doença (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 77-113).³⁵

Ao tratar do pacote de saúde pública, o Banco Mundial (1993, p. 77) faz uma referência aos trabalhadores de saúde: “Serviços de saúde para segmentos populacionais como o EPI [Programa Ampliado de Imunização] contam com pessoal com treinamento limitado para fornecer remédios, vacinas ou serviços de saúde específicos diretamente a populações específicas”.

No que diz respeito ao pacote de serviços clínicos, o Banco Mundial (1993, p. 115) descreve que existem duas maneiras principais de financiamento desses serviços: de caráter privado (pagamento do próprio bolso e seguro voluntário) e de caráter público (custeio

³⁵ Em síntese, o pacote sanitário básico seria composto por: “Programa Ampliado de Imunização, incluindo suplementação de micronutrientes; Programas Sanitários escolares para tratar as verminoses e a deficiência de micronutrientes; e também para transmitir noções de higiene; Programas para esclarecer o público sobre planejamento familiar e nutrição, sobre conveniência de automedicar-se ou buscar tratamento, e sobre o controle de vetores e doenças; Programas para reduzir o consumo de tabaco, álcool e outras drogas; Programa de prevenção da AIDS com ênfase nas DST” (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 113-4).

mediante receita do governo e seguro compulsório). A recomendação presente é que o financiamento público dos serviços clínicos se restrinja àqueles serviços considerados essenciais, e que os serviços clínicos chamados “discricionários” deveriam ser ofertados pela iniciativa privada.

Para o Banco Mundial (1993, p. 133), as políticas referentes à prestação de serviços clínicos têm que visar a dois objetivos: tornar mais acessíveis os serviços clínicos essenciais, especialmente para os pobres; e tornar mais eficiente a prestação destes serviços, já que o Banco Mundial assegura que a ineficiência é muito comum no setor público³⁶.

Para que os governos selecionem quais ações e serviços de saúde participariam do pacote de serviços clínicos essenciais, o Banco Mundial recomenda a utilização de critérios como a eficácia relativa das intervenções em termos de custos, a verificação do âmbito e da localização geográfica dos problemas de saúde, assim como a disponibilidade de recursos. Apesar da recomendação dos critérios para a seleção do pacote, o seu conteúdo já é prescrito pela instituição financeira na seqüência do texto: “atendimento a gestantes e parturientes; serviços de planejamento familiar; tratamento infantil; tratamento de tuberculose; e acompanhamento caso a caso de doenças sexualmente transmissíveis”. A este pacote, seria adicionado um conjunto de “atendimento limitado”, que compreende o tratamento de infecções brandas e traumas leves (situações de emergências hospitalares), o aconselhamento e busca de atenuação do sofrimento de indivíduos acometidos com doenças para as quais ainda não se dispõe de cura (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 119).

Segundo o documento, este pacote é composto por intervenções muito eficazes em termos de custos:

Os serviços constantes do pacote mínimo não requerem hospitais de nível mais alto. São necessários médicos para supervisionar o atendimento clínico essencial e para tratar os casos mais sérios, mas a maioria dos serviços incluídos no pacote mínimo poderia ser prestada por enfermeiros e parteiras. Bastaria um coeficiente de dois a quatro enfermeiros qualificados para cada médico (...), como bastaria entre 0,1 e 0,2 médico para cada mil pessoas. (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 121-2)

O documento sugere que nos países que dispõem de recursos financeiros e vontade política, o pacote clínico essencial poderia ser ampliado, incluindo algumas intervenções um

³⁶ Para o Banco Mundial (1993, p. 133), as clínicas e os serviços de saúde funcionam precariamente pela deficiência de medicamentos, transporte e manutenção; também porque os hospitais seriam mal organizados e mal administrados, e as internações de doentes seriam mais longas que o tempo necessário; uso de medicamentos caros e pouco eficazes, além de roubo de medicamentos e sucateamento de instalações.

pouco menos eficazes em termos de custos, como o tratamento de algumas doenças crônicas como a diabetes, de doenças maniaco-depressivas, exames e tratamento de câncer de mama e uterino, intervenções baratas para a prevenção e tratamento de cardiopatias, tratamento de meningite infantil e operações de catarata, entre outros. No entanto, salienta não há justificativa para que algumas ações sejam incluídas no pacote essencial:

Muitos tratamentos médicos representam tão pouca eficácia em termos de custos que os governos não deveriam incluí-los no pacote clínico essencial. Nos países de baixa renda, figuram entre esses tratamentos os seguintes: cirurgias cardíacas; terapias de cânceres quase sempre fatais, como o de pulmão, o de fígado e o de estômago (salvo quando se trate de aliviar a dor); terapias medicamentosas caras para infecções por HIV; e tratamento intensivo para bebês muito prematuros. É difícil justificar o uso de verbas governamentais para esses tratamentos médicos, enquanto deixam de ser financiados serviços muito mais eficazes em termos de custos, de que os pobres seriam os maiores beneficiários. (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 123)

Em uma nota de rodapé, Boito Junior (1999) discorre a respeito da focalização no setor da saúde. Para tal, recupera uma entrevista para a revista *Veja* de Cláudio Moura Castro³⁷, e afirma:

A proposta do Banco Mundial é substituir a política universalista da saúde pública pela oferta de uma simples “cesta básica” de saúde à população carente. Recentemente, Cláudio de Moura Castro, funcionário do Banco Mundial que tem militado na imprensa brasileira em defesa das teses liberais, criticou o preceito da Constituição de 1988 que estabelece a obrigação do Estado fornecer serviços de saúde integrais para todos os cidadãos. Argumentou que o cumprimento de tal compromisso teria um custo muito elevado, e propôs no lugar desse universalismo – utópico, segundo ele – a radicalização da focalização e da privatização na área da saúde. O Estado focalizaria seus gastos na oferta de cuidados mínimos, preventivos e de baixo custo, aos quais a população pobre teria direito. Já os serviços de saúde sofisticados e caros ficariam exclusivamente por conta do setor privado e, uma vez que são pagos pelos próprios usuários, seriam, evidentemente, privilégio dos indivíduos de renda elevada. Cláudio de Moura Castro cita a cirurgia de ponte de safena e a terapia intensiva como exemplos de serviços médicos aos quais os pobres deveriam ter o bom senso de renunciar. (BOITO JUNIOR, 1999, p. 81, nota 96)

³⁷ Dentre outras atividades, o economista Cláudio Moura Castro trabalhou no IPEA/INPES e foi diretor da CAPES. No exterior atuou como chefe da Divisão de Políticas de Formação da OIT (Genebra), como Economista Senior do Recursos Humanos do Banco Mundial, aposentando-se em 2000 como Chefe da Divisão de Programas Sociais do BID. Para acessar a entrevista referenciada por Boito Junior, ver: CASTRO, Cláudio de Moura. **O ano da saúde e os desmancha-prazeres**. *Veja*, São Paulo, 9 de abril de 1997.

Num apelo à justiça social, o Banco Mundial (1993, p. 127) declara que “é justo que o pacote de atendimento clínico essencial seja financiado com verbas públicas, uma vez que gera externalidades positivas e reduz a pobreza” ou “o financiamento público de pacotes de serviços básicos é um meio eficaz de atender aos pobres” (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 125); ou ainda, “cabe a todos os governos a responsabilidade fundamental de tornar acessível, especialmente aos pobres, um pacote de assistência médica essencial. A adoção de um pacote mínimo, avaliado pela alta eficácia em termos de custos, reduziria enormemente – cerca de 25% em média – o impacto total da doença nos países em desenvolvimento” (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 141).

No entanto, adverte o documento, esse financiamento não pode ser integral, pois acabaria financiando atendimentos para aqueles indivíduos que podem pagar pelos serviços, e deste modo limitando o acesso dos pobres. A recomendação é a cobrança seletiva de taxas de usuários, o que, além de selecionar a clientela (por meio, por exemplo, da eliminação da demanda supérflua), participaria da arrecadação de receitas adicionais³⁸. Entretanto,

A concentração de verbas públicas em serviços destinados aos pobres e a exigência de que os demais paguem total ou parcialmente seus tratamentos sustentam-se quando se pensa em termos de equidade, mas também têm certas desvantagens. A definição de clientela-alvo costuma ser administrativamente cara, e se os ricos e as pessoas de renda média não forem incluídos nessas clientelas, o pacote essencial contará com menos apoio político, o que fará cair a qualidade do atendimento e os recursos para o seu custeio. (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 125)

Por outro lado, informa o documento, a redução ou eliminação dos gastos públicos com serviços discricionários promoveria a eficiência e a equidade desses serviços. Essa questão da redução dos gastos públicos é repetidamente retomada no texto. O documento informa que as diferenças nos custos “decorrem de estruturas demográficas diferentes, diferentes condições epidemiológicas, e custos de mão-de-obra em um e outro grupo de países”. Na lógica de que o governo atuaria como regulador dos mercados que vão ofertar os serviços clínicos discricionários, o documento sugere três frentes de intervenção do Estado: eliminação de subsídios aos seguros; eliminação da desigualdade de acesso aos serviços

³⁸ “Um meio óbvio de reduzir gastos sem sacrificar melhorias na área da saúde é fazer pleno uso dos serviços existentes nos níveis elementares. Entre as medidas destinadas a esse fim estão a cobrança de preços maiores daqueles pacientes que procuram diretamente serviços terciários sem que para lá tenham sido encaminhados, exceto em casos de emergência, e a obrigatoriedade de comprovação de encaminhamento, pelo nível primário de atendimento, de pacientes que procuram serviços especializados” (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 143-4).

clínicos segurados (em função de idade, determinadas doenças etc); e contenção dos custos de assistência médica (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 125).

É na dimensão da contenção da elevação crescente dos custos de assistência em saúde que os trabalhadores do setor são lembrados.

O tão discutido problema dos custos excessivos da saúde e do crescimento desses custos tem origens complexas. Nos serviços de saúde o contingente de mão-de-obra é alto e sua produtividade vem apresentando crescimento lento, comparado ao de outras áreas econômicas. Dois tipos de ineficiência sobressaem [nos EUA]: os altos custos administrativos e a utilização desnecessária de uma série cada vez maior de tecnologias sofisticadas e sempre mais caras para o diagnóstico e cirurgias. (...) Quando não se impõem limites à remuneração do pessoal da área da saúde por serviço prestado, incentiva-se o desenvolvimento de novos equipamentos, novos remédios e tratamentos; daí os custos explodirem, porque nem os pacientes nem os que os atendem se interessam em utilizar menos os serviços ou reduzir os gastos. (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 130)

Ao tratar do crescimento econômico que seria operacionalizado por meio de ajustes nos gastos governamentais, o Banco Mundial dá os primeiros sinais de uma possível política para os trabalhadores do setor. Afirma que certamente os programas de ajuste serão acompanhados por cortes nos gastos governamentais, e conseqüentemente, por cortes nos gastos com saúde. O Documento de 1993 afirma, com base em experiências de alguns países, que os cortes em medicamentos são mais acentuados que os de pessoal, pois “é difícil demitir funcionários públicos”, mas não tece explicações a respeito da afirmação (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 48).

No desenrolar do texto esta questão aparece novamente, e além da sugestão de reduzir os gastos com medicamentos, o documento descreve que “a fim de controlar os custos com assistência médica, os países precisam limitar os pagamentos aos que prestam essa assistência”. A recomendação é que se pague uma quantia fixa por pessoa ou destinar um orçamento total fixo por hospital ou rede de médicos (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 133).

Na prestação dos serviços clínicos cabe aos governos, segundo as prescrições do Banco Mundial, realocar os gastos com saúde, aperfeiçoar e regulamentar o seguro de saúde, diversificar e promover a concorrência na oferta de serviços, apoiar as Organizações Não-Governamentais e descentralizar a administração. Mas é nas atribuições do setor público na oferta de serviços clínicos que a questão da profissionalização e da gestão dos trabalhadores da saúde aparece:

No caso de muitos países, um grande passo no sentido de tornar mais acessíveis os serviços clínicos essenciais prestados pelo governo é complementar com centros e postos de saúde a infra-estrutura sanitária distrital básica e treinar um número maior de enfermeiros, parteiras e outros prestadores de atendimento primário. Se o pessoal da área médica designado para trabalhar em áreas rurais receber moradias de boa qualidade, como parte da infra-estrutura sanitária distrital, a eficiência será maior, porque o pessoal será estimulado a mudar-se para essas áreas. (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 135)

Apenas no capítulo sexto do documento “Investindo em Saúde” (BANCO MUNDIAL, 1993), chamado “Insumos na área da saúde”, que os trabalhadores do setor recebem atenção especial. São identificados o que seriam os principais problemas nesse campo. O primeiro deles seria um desequilíbrio entre o número de prestadores de serviços primários (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e parteiras) e o número de especialistas; dentre outras coisas, o documento afirma que “os prestadores de assistência primária não formados em medicina oferecem muitas vantagens. Sua formação custa menos (...) e seus salários são menores. É mais fácil atraí-los para zonas rurais e eles geralmente se comunicam mais eficazmente com os pacientes” (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 148).

O documento informa que ao delegar atividades classicamente atribuídas aos médicos para prestadores de assistência médica de nível elementar, aumenta-se a eficiência dos serviços de saúde. Uma constatação é que ao se especializar indivíduos em atividades elementares, eles se tornariam mais competentes em suas tarefas que um clínico geral. Os exemplos são claros:

Em Moçambique, técnicos de cirurgia realizam histerectomias e cesarianas, além de tratarem casos de gravidez ectópica. Em Bangladesh, certas organizações não-governamentais (ONG) empregam enfermeiros formados para fazer esterilizações e, na Tailândia, essa tarefa fica a cargo de enfermeiras-partearas do setor público. Avaliações feitas em ambos os países indicam não haver qualquer diferença de resultados em comparação com o trabalho realizado por médicos. No Quênia, servidores de clínicas de oftalmologia, não formados em medicina, vêm realizando cirurgias de catarata em base experimental, e as avaliações indicam resultados aceitáveis. A África dispõe de apenas um oftalmologista por 1 milhão de habitantes; sem o uso dos serviços de pessoal paramédico, muitos pacientes não poderiam ser operados de catarata. (BANCO MUNDIAL, 1995, p. 148)

O excesso de oferta de médicos é apontado como outro problema pelo Banco Mundial. Na década de 1960 e 70, os governos estimularam a expansão do ensino médico por meio de subsídios públicos. Mas “em muitos países, o excesso de médicos em relação ao

número de enfermeiros e de especialistas em relação a outros médicos vem criando problemas” (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 148). O rápido crescimento das escolas também teria repercutido na qualidade do ensino, que, nas palavras da instituição financeira, teria decaído. Por outro lado, o aumento da disponibilidade de médicos não resultou em resolução para o problema de ausência desses profissionais nas zonas rurais. Como sugestão, recomenda-se que os governos normatizem os sistemas de ensino dos profissionais da saúde, limitando o número de matrículas em medicina e também a formação de médicos especialistas: “quando o número de especialistas é muito grande, a frequência de tratamentos médicos desnecessários e, às vezes, arriscados tende a crescer” (“procura induzida pela oferta”) (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 150). Além do mais, o cumprimento das recomendações do Banco Mundial de um pacote de intervenções clínicas eficazes em termos dos custos requer um pequeno número de especialistas, ou chega a dispensá-los inteiramente, “mesmo que elas sejam um pouco mais abrangentes que o pacote essencial mínimo”.

Rechaça-se o subsídio público para o ensino profissional, considerando esse comportamento dos governos uma das causas dos atuais problemas de recursos humanos na área da saúde. O documento sugere que o governo subsidie apenas as opções de ensino e carreira que sejam de interesse público. E afirma que “a maioria dos atuais subsídios públicos ao ensino poderia ser substituída por crédito educativo. Mais tarde, o governo poderia abrir mão do pagamento do empréstimo, caso o aluno concordasse em trabalhar em setor prioritário (...) ou em localidade mal servida” (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 153).

O conteúdo do ensino também é questionado, pois, segundo o documento, as áreas da saúde pública, políticas de saúde, e administração de serviços são negligenciadas durante o “treinamento” dos profissionais. “Geralmente, a saúde pública recebe pouca atenção nos currículos básicos de medicina, o ensino de especialidades é inadequado e os cursos oferecidos pelas escolas de saúde pública são, às vezes, acadêmicos demais e distantes dos problemas e das necessidades locais” (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 152). O ensino dos prestadores de serviços deve incluir as aptidões necessárias à prestação dos serviços clínicos essenciais, e “a meta é produzir formandos cujas competência e experiência correspondam às necessidades comunitárias no campo da saúde”, o que representa uma inversão do centro do ensino dos profissionais da saúde: de núcleos hospitalares para os núcleos familiares (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 151). O ensino reformado pode seguir a metodologia do

ensino baseado na solução de problemas ou mesmo por meio da modalidade de ensino à distância.

A concentração de profissionais de saúde nos centros urbanos é apontada como outro problema, um entrave à equidade do sistema. É preciso, de acordo com o documento, desenvolver políticas de retenção de pessoal em áreas afastadas, inclusive do pessoal relacionado com a administração dos serviços. Como nem sempre é possível deslocar profissionais para estas áreas, o documento prescreve que os profissionais de saúde comunitária poderiam complementar o trabalho de prestadores de assistência médica primária. Vale lembrar que na atualidade a maioria da população se encontra em centros urbanos, e é nestas regiões que os problemas de saúde mais urgentes se localizam, especialmente nas periferias de grandes centros urbanos. E ainda é muito grande a resistência, especialmente de médicos, em se deslocar a estes espaços.

Findando este capítulo, algumas considerações devem ser realizadas. Como pode ser verificado, desde sua origem até a atualidade, os Organismos Internacionais exerceram importante papel da difusão de ideologia adequada aos interesses capitalistas. O caráter das orientações difundidas pelos Organismos Internacionais variou conforme uma gama de determinantes, especialmente vinculados à conjuntura política e econômica internacional. Na última década, o teor predominante dos discursos propagados por estas instituições está diretamente vinculado ao combate/alívio à pobreza.

Diante deste objetivo social, preconiza-se a adoção de políticas sociais focalizadas nos segmentos populacionais mais vulneráveis à condição de marginalidade social. Atualmente, já existem indicadores que demonstram que as orientações de focalização das políticas sociais disseminadas pelos Organismos Internacionais têm gerado modificações nas políticas de países periféricos, como é o caso da política nacional de saúde brasileira.

Apesar do fato das diretrizes políticas de focalização das ações sociais públicas terem assumido relevo nos debates internacionais a partir da década de 1990, o Banco Mundial, em específico, já deixa clara esta tendência desde o seu documento setorial de 1975, e, conforme já afirmou Rizzotto (2000), aprofunda essas orientações em 1993. Embora o documento de 1975 consista num documento situado historicamente, com suas características de distribuição geográfica da população e perfil epidemiológico de países periféricos mais situado em doenças infecto-contagiosas, muitas das diretrizes presentes nesse documento foram

incorporadas pelo Brasil em suas políticas nacionais de saúde, como por exemplo, em programas como o PACS e o PSF.

A característica simplificada da assistência que compõe os programas focalizados de saúde propostos pelos Organismos Internacionais, em especial o Banco Mundial, parece desconsiderar a intensa complexificação dos processos de adoecer que a humanidade vem experimentando nas últimas décadas. Parece esquecer-se, do mesmo modo, das intensas descobertas que a medicina científica e social vem realizando. É possível afirmar, portanto, que não se trata de uma estratégia que visa solucionar os problemas já existentes e promover a saúde para os próximos tempos, mas sim de evitar um aprofundamento desses problemas que levaria a condições instáveis entre os povos. É importante lembrar que as políticas sociais, no capitalismo, embora resultem da luta entre as classes sociais, objetivam a manutenção da força de trabalho com condições para exercer sua “função” e também objetivam um determinado grau de coesão social, de controle populacional. Este assunto será aprofundado no capítulo seguinte.

Outra característica que chama atenção é que os diagnósticos realizados pelo Banco Mundial a respeito dos sistemas de saúde dos países periféricos, caracterizados em 1975 como sem equidade e ineficazes, estão presentes novamente no documento de 1993, e permanecem mesmo em documentos contemporâneos, como em Dussault e Rigoli (2003) e Dussault e Dubois (2004). Discutiremos este aspecto no seguimento da pesquisa.

Finalmente, a partir dessa discussão sobre os Organismos Internacionais e suas proposições políticas, e da leitura dos dois documentos do Banco Mundial no campo da saúde, pode-se concluir que as propostas presentes para a gestão e para a formação dos trabalhadores da saúde seguiria a mesma lógica dos serviços, prescrevendo uma gestão descentralizada de trabalhadores com formação profissional simplificada, para uma atuação profissional simplificada. A ênfase nos trabalhadores de atenção primária à saúde exemplifica esta afirmação.

No capítulo seguinte serão discutidos aspectos referentes à função das políticas sociais na atualidade, e como a gestão e a formação profissional participam deste processo. Aspectos relativos às especificidades do trabalho em saúde também serão abordados.

CAPÍTULO 2

A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHADOR COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO E O TRABALHO EM SAÚDE

No capítulo 1 centramos a história dos Organismos Internacionais e sua articulação com as políticas sociais, especialmente sobre políticas de saúde. Conforme se discutiu, o caráter que permeia as atuais proposições dos Organismos Internacionais para as políticas sociais está inserido na lógica da focalização das ações e serviços sociais públicos. Neste sentido, as discussões que compõem o presente capítulo iniciarão com as políticas sociais no capitalismo contemporâneo, objetivando compreender como se articulam a lógica da focalização das políticas sociais públicas com as proposições de Organismos Internacionais para a gestão do trabalho nos serviços sociais públicos de educação e saúde nos países periféricos.

Na sequência serão aprofundados alguns aspectos relativos à gestão da força de trabalho no capitalismo, dando atenção não para modelos de organização do trabalho mas para a lógica que rege a opção por determinado modelo, resultante do grau de desenvolvimento das forças produtivas, como as inovações tecnológicas, relações sociais e econômicas, além da intensidade dos conflitos entre as duas classes fundamentais. Será dada uma atenção especial à função que a qualificação profissional assume no capitalismo, especialmente nas últimas décadas. Interessa saber de que modo a educação é considerada política de gestão da força de trabalho.

O trabalho em saúde, por sua vez, possui particularidades que o diferencia dos demais. Com o intuito de compreender com mais detalhes este processo serão descritos os elementos que compõem o processo simples de trabalho em saúde, ou seja, o objeto de trabalho, os meios de trabalho, e o trabalho em si. Levando em consideração que os efeitos da modernização capitalista também se fazem sentir na saúde, questões referentes à introdução de novas tecnologias também serão abordadas. Finalmente, delimitando no trabalho em saúde no Brasil, serão tratados dois aspectos: as discussões que ocorreram após a implantação do SUS referentes ao estabelecimento de “Políticas de Recursos Humanos em Saúde” e também

algumas características da organização do trabalho em saúde, destacando a precarização das relações trabalhistas que também afeta este setor.

2.1 – Políticas sociais no capitalismo contemporâneo

No capítulo 1, especificamente no tópico referente à focalização das políticas sociais e o combate à pobreza, foram apresentadas as justificativas dadas para a adoção de tais políticas focalizadas nos segmentos populacionais mais vulneráveis, inseridas num discurso de combate à pobreza. Do ponto de vista do financiamento, essas estratégias políticas caracterizam-se pela redução do montante de recursos destinados aos setores sociais, representando um entrave à integralidade dos sistemas, universalizando o acesso apenas aos níveis básicos e menos dispendiosos para os governos, tendo em vista que, dentre outras coisas, as políticas sociais centralizadas nos níveis básicos efetivam-se com o uso de tecnologias restritas e de trabalhadores pouco qualificados. É preciso delimitar as políticas sociais focalizadas como políticas públicas, pois as ações e serviços sociais produzidos pela iniciativa privada não acompanham essa tendência à focalização, vide os casos da oferta privada de educação, que cresce em todos os níveis de ensino. O mesmo é verdadeiro para a iniciativa privada em saúde, fornecedora de atenção à saúde integral.

Neste momento, pretende-se ampliar esta discussão a fim de compreender o que significa a adoção de estratégias assistenciais focalizadas na totalidade das relações capitalistas de produção. Ou seja, para além de justificativas economicistas, como a que afirma a existência de uma crise fiscal, qual a razão do capital preocupar-se com as necessidades básicas de segmentos populacionais que muitas vezes não constituem nem exército de reserva?

Vale a pena recuperar as afirmações de Laurell (1995) já referenciadas no capítulo 1. Tomando como exemplo os programas de combate à pobreza na América Latina, a autora afirma que esses programas têm um objetivo clientelista oculto que visa manter apoio político popular sem com isso lançar mão de pactos sociais amplos, impossíveis de serem estabelecidos no padrão das políticas neoliberais, mas que também não gere resistências ao projeto político dominante (LAURELL, 1995, p. 173).

É nesta direção que a discussão se encaminha. Inicialmente vamos tratar da natureza das políticas sociais para, então, compreendê-las na sua faceta contemporânea. Essa compreensão é importante porque é a partir dela que se define o perfil requerido para o trabalhador que irá atuar neste campo. Para compreender estes processos, neste trabalho optou-se pelo uso das categorias de contradição, hegemonia e reprodução.

As políticas sociais se desenvolvem no interior da tensão entre Capital, Trabalho e Estado³⁹. Laurell (1995) afirma que as políticas sociais são o conjunto de medidas e instituições cujo objeto consiste no bem-estar e nos serviços sociais. Para a autora,

a análise das políticas sociais remete ao âmbito estatal, onde elas se articulam e constituem a substância do Estado de bem-estar, consolidado no pós-guerra. O fato de o Estado desempenhar um papel fundamental na formulação e efetivação das políticas sociais não significa que estas envolvam, exclusiva ou mesmo principalmente, o âmbito público. Além disso, a partir da articulação específica entre público e privado, entre Estado e mercado, e entre direitos sociais e benefícios condicionados à contribuição ou mérito, que se torna possível distinguir, daquilo que genericamente é denominado o “Estado de bem-estar” capitalista, várias formas assumidas pelo Estado e que correspondem a políticas sociais com diferentes conteúdos e efeitos sociais. (LAURELL, 1995, p. 153)

Contribuindo com este debate, Netto (2003, p. 21) destaca primeiramente a natureza de classe do Estado, dando relevo à dupla função deste Estado de classe, que é garantidor de todo o processo de acumulação capitalista e também um legitimador da ordem burguesa. Paiva (2003, p. 3) tece considerações semelhantes, e afirma que uma análise concreta das políticas sociais requer como pressuposto a adoção de uma perspectiva histórica e dialética, “cujo núcleo estruturante é composto por dois dos principais aspectos que condicionam a política social: participação do Estado no processo de acumulação do capital, por um lado, e a legitimação dessa ação pela obtenção do consenso junto às classes sociais, por outro”.

Netto (2003, p. 15) compreende as políticas sociais como “respostas do Estado burguês do período do capitalismo monopolista a demandas postas no movimento social por classes (ou estratos de classes) vulnerabilizados pela ‘questão social’”. No mesmo sentido, Paiva (2003, p. 3) afirma que sendo uma das formas típicas de intervenção estatal, as políticas sociais se originaram não apenas das transformações ocorridas no capitalismo, especialmente durante o trânsito da fase concorrencial à fase monopolista, mas também se originaram da

³⁹ Os conceitos de política social e de política pública são diferentes. De acordo com Paiva (2003, p. 1), políticas sociais consistem num campo que permite as ações governamentais, mas também da iniciativa privada. Por sua vez, “todas as políticas públicas são sociais”.

“dinâmica das lutas políticas que se expressam nos processos de ampliação dos direitos sociais”.

Deste modo, as políticas sociais são expressão de uma contradição fundamental, constituindo-se num campo de tensão⁴⁰ (NETTO, 2003) no qual duas determinações entram em conflito: determinantes econômicos e suas demandas, específicas de cada fase do capitalismo; e os determinantes políticos, resultantes da luta de classes. “Se o excedente econômico do capital sustentou o financiamento das políticas sociais em seu estágio mais dilatado, certamente atendeu a intensa e demorada luta política dos trabalhadores” (PAIVA, 2003, p. 7). Na intermediação destes conflitos, encontra-se o Estado capitalista moderno.⁴¹

É sabido que a modernização capitalista contemporânea foi acompanhada por uma redução das atribuições clássicas do Estado na oferta de bens e serviços públicos, incluindo a educação e a saúde. Mas é preciso saber, também, o que justifica esse novo padrão de oferta de serviços sociais públicos que está se instituindo, ou seja, esse padrão focalizado. Na lógica exposta da tensão entre determinantes políticos e econômicos, houve uma redução da participação do Estado, no que tange ao financiamento, acompanhada por uma ampliação do espectro de atuação da iniciativa privada. No entanto, o Estado não se retirou inteiramente do campo das políticas sociais e, mesmo que de forma restrita, permanece ofertando educação e saúde públicas. Diminui sua participação como patrocinador das políticas sociais, embora concentre as funções de articulação e avaliação das mesmas. De acordo com Cury (2000, p.60), o capitalismo não recusa o direito de educação à classe subalterna, mas recusa mudar a função social da educação, ou seja, sua função de instrumento de hegemonia.

Nesta direção, Oliveira (2002), na tentativa de contextualizar as políticas educacionais brasileiras da década de 1990, proporciona algumas pistas ao lançar mão do conceito de Condições Gerais de Produção (CGP), desenvolvido por João Bernardo (1991)⁴². O conceito

⁴⁰ Segundo Netto (2003, p. 16), as políticas sociais “constituem campos de tensão seja na sua formulação, onde se embatem projetos de concepção e objetivos distintos, seja na sua implementação. Não pensemos que a formulação de uma política social determinada esgote a sua tensionalidade”.

⁴¹ Outro autor que atribui às Políticas Sociais um caráter de derivação de luta de classes é Coggiola (1997). Para ele, o chamado Estado de Bem-Estar Social não foi produto de uma “ideologia keynesiana”, mas “de conquistas sociais que os explorados arrancaram ao Estado capitalista no entre-guerras e no imediato pós-guerra; conquistas que este Estado se viu obrigado a conceder sob pena de uma revolução social anti-capitalista, o que, por sua vez, foi ideologicamente mistificado ao ser apresentado como produto de políticas inspiradas na “teoria keynesiana”. Uma evidência de que os trabalhadores não sofreram nenhuma derrota expressiva nos últimos anos é que, apesar de todas as políticas neoliberais, os gastos sociais nos países da OCDE (o Primeiro Mundo) são hoje maiores do que o eram em 1979, quando a ascensão de Thatcher deu início à ofensiva neoliberal. (COGGIOLA, 1997, p. 198)

⁴² BERNARDO, João. **Economia dos conflitos sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

de CGP permite compreender a redução das atribuições clássicas do Estado verificada a partir do processo de reestruturação produtiva que pressupõe uma maior integração das empresas. As CGP não se limitam aos aspectos técnicos, mas abarcam toda a amplitude social que sustenta a reprodução do capitalismo. Com base nisto, Oliveira (2002, p. 126) considera que a educação no contexto atual deva ser compreendida como uma das CGP, “indispensável, portanto, para a plena realização da produção capitalista no atual estágio de desenvolvimento”. Segundo a autora, isto explicaria os esforços internacionais, dando destaque aos organismos internacionais vinculados à ONU, em obrigar os países periféricos reformar seus sistemas de ensino, com o intuito de assegurar as condições necessárias à realização da produção capitalista.

A relação entre educação e CGP pode ser ampliada para o conjunto das instituições sociais, incluindo as instituições de saúde. No interior da sociedade capitalista, uma sociedade de classes, a contradição existente entre as classes fundamentais tende a acirrar-se periodicamente, por meio de conflitos que podem pôr em risco a ordem social. Além disso, a continuidade desta modalidade de sociabilidade humana é dependente da existência de força de trabalho e de consumidores em quantidade e qualidade adequadas. Desta maneira, as políticas sociais podem ser entendidas como promotoras das condições de existência capitalista. As categorias de hegemonia e reprodução nos auxiliam a compreender este fenômeno.

Faleiros aborda a relação entre instituições e profissões como práticas sociais de classe. Segundo o autor, as instituições “do ponto de vista marxista, garantem a reprodução da força de trabalho imediata ou mediata para o capital e sua subordinação política” (1985, p. 58). Faleiros esclarece ainda que é preciso fazer uma análise profunda das instituições e questionar não somente a relação entre os atores dentro da instituição, mas também a relação da instituição com o contexto global de acumulação do capital e de luta de classes e, ao mesmo tempo, localizar o profissional dentro dessa totalidade concreta (FALEIROS, 1985, p. 63).

O autor explica que na visão funcionalista, a concepção imediata de instituição é a de uma organização estruturada em torno de um conjunto de normas articuladas em prol de um objetivo específico. Neste campo, a finalidade das instituições é o desenvolvimento e, em torno dele organizam suas ações, numa lógica de equilíbrio ou reequilíbrio social:

Esta concepção coloca o desenvolvimento como uma seqüência linear progressiva e a condição para a especialização e para o desenvolvimento é que os peritos possam trabalhar na solução dos problemas específicos. (...) O processo de desenvolvimento passa a ser visto como *problem solving* ou como solução de questões que vão surgindo especificamente. As instituições se colocam como soluções de problemas e as mesmas seriam determinadas por eles. Os programas institucionais aparecem como resposta a determinados problemas que seriam provocados pela falta de ritmo, integração ou equilíbrio do desenvolvimento social. (FALEIROS, 1985, p. 59)

Faleiros (1985) considera que numa perspectiva política, as instituições somente podem ser compreendidas no interior do processo de construção da hegemonia. Do mesmo modo, afirma Cury (2000), está em questão a busca de consensos que permitam a reprodução das relações de produção. O autor refere-se ao modo como as classes dominantes buscam transformar sua concepção de mundo em senso comum, e deste modo, assegurar a ordem estabelecida. Cury vincula-se ao pensamento de Gramsci, e afirma que “pôr a questão da hegemonia é pôr simultaneamente a questão da ideologia, das agências da sociedade civil que a veiculam, e das relações sociais que a geram” (CURY, 2000, p. 45).

O autor classifica as relações sociais como relações ideológicas, pois sua representação vincula-se ao pertencimento de classe. Essas relações ideológicas influem sobre as relações econômico-sociais, por meio das instituições sociais em geral e da própria consciência social das classes. Deste modo, o autor assegura que “a formação da ideologia não é dada, é construída pelas classes sociais, afirmada como a atividade política no próprio movimento dessas classes” (CURY, 2000, p. 46).

A hegemonia é a capacidade de direção cultural e ideológica que é apropriada por uma classe, exercida sobre o conjunto da sociedade civil, articulando seus interesses particulares com os das demais classes de modo que eles venham a se constituir em interesse geral. Referida aos grupos e facções sociais que agem na totalidade das classes e no interior de uma mesma classe, ela busca também o consenso nas alianças de classe, tentando obter o consentimento ativo de todos segundo os padrões de sua direção. (CURY, 2000, p. 48)

Cury propõe uma dupla função para a hegemonia: como categoria interpretativa, a hegemonia permite pensar um processo de relação intelectual-massa que objetive uma nova cultura superadora da alienação do senso comum; como estratégia política, o Estado apropriado por uma classe dotada de hegemonia, que se apresenta como expressão dos interesses universais da sociedade – deste modo a classe dominante possibilita certas leis que

atentem aos interesses dos dominados, para garantir sua representação de Estado universal, e não Estado classista. A ação do Estado, por meio de instituições, ocorre pela dialética entre coerção e consenso (CURY, 2000, p. 49-51).

Faleiros (1985) considera que dentre as formas de hegemonia estão a disciplina e a culpabilização. Para esta última, utiliza o exemplo de vítimas transformadas em réus, como é o caso de crianças que são julgadas quando cometem furto, e que o cometeram por terem fome. E o disciplinamento é exemplificado pelo autor com o exemplo das instituições de saúde: o autor relembra que inicialmente as políticas de saúde eram denominadas de polícia de saúde, dedicadas a disciplinar a população a viver em certos bairros considerados saudáveis em oposição a outros considerados insalubres; disciplinar doentes a guardarem quarentena a fim de não contaminar a população; entre outros. “Se o indivíduo não os adota, é considerado culpado” (FALEIROS, 1985, p. 65). De acordo com o autor

A luta para impor a disciplina e o controle cotidiano sobre as pessoas e as coisas visa preservar a propriedade, a produção e o indivíduo produtivo. A propriedade deve ser garantida por inúmeras instituições, por exemplo, o poder jurídico. A produção e a produtividade são o fundamento da expansão capitalista e se mantêm através de grande quantidade de instituições articuladas. O indivíduo produtivo e consumidor é formado e controlado por uma rede institucional, por aparatos de hegemonia que o fazem útil e dócil, ou, no mínimo, menos inútil (ao capital) e menos rebelde. (FALEIROS, 1985, p. 66)

Essa busca por hegemonia social está vinculada a uma tendência existente em todas as instituições sociais de se autoconservarem, “reproduzindo as condições que possibilitam a manutenção de suas relações básicas” (CURY, 2000, p. 28). O capitalismo busca a reprodução de suas relações de produção a fim de garantir a acumulação pela ampliação da produção. Mas a reprodução não se limita à (re)produção de coisas, mas sim à tentativa de reproduzir o movimento do capital como um todo, ou seja, as relações de produção não se produzem e reproduzem apenas na empresa, mas também em outros espaços, como no mercado, no cotidiano, na família, na arte, na ciência, na Igreja e na educação.

Entretanto, há que se fazer a distinção entre a reprodução dos meios de produção e a reprodução das relações de produção. A segunda subsume a primeira, mas não se identificam. A reprodução dos meios de produção consiste na reprodução dos instrumentos de trabalho e das forças produtivas, através da qual se reproduzem a organização e a divisão do trabalho. (...) O conceito de reprodução das relações de produção incide sobre a totalidade, sobre o movimento dessas sociedades ao nível global e impulsiona aquelas

análises que ficam apenas na exterioridade recíproca das instituições. A dialética reprodução-contradição-totalidade permite perceber como as instituições não só refletem as estruturas mais amplas, mas também cooperam para produzir e reproduzir as relações sociais. (CURY, 2000, p. 41)

Considerando que as relações de produção estão inseridas nas relações de classes, e em sua contradição fundamental, a reprodução das relações de produção reproduz também, em escala crescente e aprofundada, os conflitos de classe. Deste modo, ao se reproduzir, o capitalismo reproduz também a sua própria negação (CURY, 2000, p. 39). Com o intuito de extrair a coesão no seio da contradição, o capitalismo criou, historicamente, mecanismos de redução/atenuação de conflitos: aparelhos ideológicos e repressivos. No entanto,

A reprodução é uma categoria que se dá no interior de um movimento contraditório cujo sentido, ainda que busque confirmar antagonismos existentes, também os empurra para a sua superação. Essa reprodução, pois, não se dá de modo mecânico ou meramente reflexo. As condições que possibilitam a reprodução do capitalismo não se encontram apenas e tão-somente na reprodução dos meios de produção. Elas se imbricam na reprodução das relações de produção. Ora, estas últimas se dão no âmago das relações de classe, cujas contradições possibilitam o desenvolvimento de antagonismos e, portanto, da transformação social. (CURY, 2000, p. 42)

Com base nestas contribuições, é possível afirmar o caráter de contenção social que as políticas sociais focalizadas apresentam. Relacionamos a elas aos conceitos de governabilidade e de governança⁴³, tendo em vista que a ‘questão social’ está em pauta, diante da crescente precarização das condições de existência humana que caracteriza a vida de grande parte da população mundial. Isto gera um conflito em potencial, que precisa ser abafado sem implicar em danos ao processo produtivo, seja via conflitos diretos, como guerrilhas, seja via indireta, por meio do direcionamento de elevados montantes de recursos

⁴³ Eli Diniz (2001, p. 21) considera que governabilidade e governança são conceitos complementares, que embora possuam significados distintos, são interligados pela ação governamental. “Governabilidade refere-se às condições sistêmicas mais gerais sob as quais se dá o exercício do poder numa dada sociedade. Nesse sentido, as variações dos graus de governabilidade sofrem o impacto das características gerais do sistema político, como a forma de governo (se parlamentarista ou presidencialista), as relações entre os poderes (maior ou menor assimetria entre Executivo e Legislativo), os sistemas partidários (pluripartidarismo ou bipartidarismo), o sistema de intermediação de interesses (corporativista ou pluralista), entre outras características. Não há, porém, fórmulas mágicas para assegurar níveis ótimos de governabilidade. Governança, por outro lado, na acepção aqui utilizada, diz respeito à capacidade de ação estatal na implementação das políticas e na consecução das metas coletivas. Implica expandir e aperfeiçoar os meios de interlocução e de administração dos conflitos de interesses, fortalecendo os mecanismos que garantam a responsabilização pública dos governantes. Governança refere-se, enfim, à capacidade de inserção do Estado na sociedade, rompendo com a tradição de governo fechado e enclausurado na alta burocracia governamental”. Outra autora que discute este assunto é Nora Nut Krawczyk. Ver: KRAWCZYK, N. N. Em busca de uma nova governabilidade em educação. In: OLIVEIRA, D. A.; ROSAR, M. F. F. (Org.). **Política e Gestão da Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2002. p. 59-72.

financeiros às políticas sociais via Estado. Com políticas sociais focalizadas, é possível gerenciar os conflitos, ao passo que diferentes segmentos populacionais são escolhidos em diferentes momentos, e que, tendo em vista que estes serviços deixam de se constituir em direitos sociais, pode-se suspender aleatoriamente os benefícios, conforme os ditames econômicos.

Para que estas políticas sociais sejam implementadas, são necessários trabalhadores que atuem de forma adequada. Desta maneira, ao passo que com a modernização capitalista progressivamente foi sendo deslocada para a periferia a noção de direito social, passou a ser necessária uma nova forma de gerir os trabalhadores envolvidos com políticas sociais, que devem, inicialmente, estabelecer com os usuários dos sistemas uma relação de fornecedor e clientes, e compreender sua prática profissional como algo técnico, separado da totalidade das relações sociais. Como parte central de um novo estilo de gestão, compreendida neste trabalho como uso e controle da força de trabalho, uma nova formação profissional passou a ser requerida, tema este que será abordado no próximo tópico.

2.2 – Uso e controle da força de trabalho

Os estudos realizados por Carvalho (1987) fornecem pistas para pensar os elementos encontrados nos documentos consultados nesta pesquisa, especialmente se considerarmos a proximidade existente entre as propostas de “Políticas de Recursos Humanos em Saúde”, que serão tratadas no próximo capítulo, e a lógica econômica de gestão empresarial, fabril, descrita pelo autor. O autor explica que as políticas de organização do trabalho e de gestão de mão-de-obra têm limites que são determinados pela natureza dos processos produtivos, que se diferenciam em função da diversidade das mercadorias produzidas e das diferentes tecnologias utilizadas. Em consequência disto, também são diferenciadas as motivações e possibilidades de resistência dos trabalhadores em cada unidade produtiva.

Carvalho (1987, p. 33) destaca a importância de se estabelecer um quadro de referência que demonstre como evoluíram as relações entre mudança tecnológica, práticas de organização do trabalho e os sistemas empresariais de gestão de mão-de-obra, “privilegiando seu significado político, como instrumentos orientados para a subordinação dos trabalhadores

e a maximização da extração de trabalho, instrumentos que condicionam padrões específicos de uso do trabalho”. O autor explica que

As relações de trabalho que se estabelecem no nível da empresa, para além do seu significado econômico, constituem um campo de luta política. A disputa em torno do disciplinamento dos trabalhadores e do controle do processo produtivo é permanentemente recolocada e, nela, o capital lança mão das políticas de inovação tecnológica, de organização do trabalho e de administração da mão-de-obra, a fim de conseguir a maximização da extração do trabalho. Mas a resistência dos trabalhadores, individual ou coletiva, implícita ou explícita, ocorre também em todos os níveis de atuação dos instrumentos de dominação, simplesmente porque seus objetivos são diametralmente opostos: preservar sua liberdade e autonomia, melhorar suas condições de trabalho e aumentar seus salários. Assim, a luta no plano da produção, momento primeiro do confronto entre capital e trabalho, marcará os caminhos e as possibilidades da organização e mobilização operárias no plano sindical e político. (CARVALHO, 1987, p. 24)

Para entender o que são “os instrumentos de submissão e disciplina na produção”, componentes do controle da força de trabalho, o autor considera necessário compreender o processo de trabalho, que consiste na combinação dos instrumentos materiais de produção, como a tecnologia e a organização social do trabalho, que tem um caráter político. Mas o autor salienta que nas relações de dominação também estão envolvidos fatores de natureza política e cultural:

Ao capital interessa basicamente extrair trabalho de pessoas que não têm participação direta e substancial nos lucros da empresa. Daí se renovarem, em cada etapa do desenvolvimento das forças produtivas, os conflitos sobre como o trabalho deve ser feito, em que condições e em que ritmo. As políticas de inovação tecnológica, organização do trabalho e administração da mão-de-obra não obstante determinadas pelo mercado, são construídas tendo por base esta premissa. (CARVALHO, 1987, p. 26-7)

Com isto, Carvalho (1987) pretende demonstrar que o padrão de uso e controle da força de trabalho vigente em cada momento dado não decorre apenas de uma determinação técnica do trabalho, mas associa-se a uma gama de fatores, como a conjuntura política e econômica, e também a luta entre as classes: os capitalistas tentando aumentar sua lucratividade e seu controle sobre os trabalhadores, e os trabalhadores objetivando preservar sua liberdade e autonomia, e melhorar suas condições de trabalho e seu salário.

No final da década de 1980 e início de 90, ganharam popularidade discursos apologéticos sobre as inovações tecnológicas, de organização do trabalho, e novas formas de gestão do trabalho para conquistar produtividade, qualidade, eficiência e competitividade.

Enquanto algumas pesquisas questionavam os impactos sociais da adoção dessas inovações tecnológicas e organizacionais, outros adeptos do determinismo tecnológico, consideravam-nas impertinentes pois tratava-se de definições meramente técnicas. Essa visão encontrou na popularização do pós-modernismo, um caldo de cultura propício.

Faleiros (1985, p. 60) analisa a teoria das organizações elaborada por Daniel Bell (1982), que as considera como o fim das ideologias, ao passo que a finalidade das organizações não seria mais ideológica, mas sim tecnológica e tecnocrática. Deste modo, o autor conclui que a ideologia da organização é que passa a dominar, tomando a forma de mistificação da tecnologia:

Passa-se a crer que através de simples arranjos tecnocráticos poder-se-á resolver os problemas sociais. Esta crença na técnica é um novo tipo de ideologia. Não é o fim da ideologia, mas sim uma ideologia que está surgindo com o próprio desenvolvimento das grandes organizações. É assim que se fala de novos tipos de gerência, de modelos administrativos, de administração por objetivos, de “orçamento zero”. O novo modelo fala não mais da gestão de crescimento, mas da gestão da recessão, da crise (*gestion de la décroissance*). Os indivíduos que trabalham nessas organizações são também vistos em termos determinados pela própria organização – como mais ou menos adaptados (...). Seriam as personalidades classificadas em mais ou menos rebeldes às normas da organização ou mais ou menos adaptadas a elas. (...) O cumprimento das normas burocráticas passa a ser a lógica do trabalho profissional e o objeto do profissional passa a ser, não o problema social, mas a perturbação da ordem institucional. (FALEIROS, 1985, p. 60-61)

Para além da perturbação da ordem institucional existe uma ameaça mais fundamental, que é a ameaça à ordem produtiva capitalista. Faleiros (1985, p. 64) afirma que as profissões devem ser compreendidas nesse contexto global, ou seja, nas práticas de classe de exploração e de dominação. O autor se refere às relações entre saber e poder, e explica que a visão tradicional do poder em relação à profissão efetua uma separação entre o saber e o poder, como se esta separação fosse possível e se sua articulação fosse restrita a uma questão de método. Deste modo, ao se buscar uma nova metodologia seria possível solucionar a problemática social, e o saber estaria independente das relações de poder. Segundo o autor, ao considerar as instituições numa perspectiva política e conceber as normas institucionais numa relação de forças sociais, o “saber se insere nessa correlação de forças para traduzir na prática um conjunto de relações sociais de práticas de classe que poderíamos chamar de hegemonia” (FALEIROS, 1985, p. 65).

Com base nas afirmações de Carvalho (1987) e Faleiros (1985), é possível desconstruir discursos pautados num determinismo tecnológico, que apregoam que haveria apenas um caminho, ou um método tecnicamente mais adequado que permitiria melhorar a eficiência e eficácia de serviços como o de saúde. Apesar de se referir às montadoras brasileiras na década de 1980, o desmonte do determinismo tecnológico pode ser observado na afirmação de Carvalho:

Agora bem, se a configuração concreta que assumiu o novo processo de trabalho (isto é, a combinação de uma nova tecnologia com um novo esquema de organização do trabalho) acarreta certas conseqüências bastante objetivas para a natureza do trabalho, *daí não devemos concluir que estas são conseqüências necessárias da nova tecnologia*. A nova tecnologia de automação, na verdade, abre diferentes possibilidades de uso. A escolha da forma de sua utilização e a definição de um sistema de organização do trabalho no qual é inserida é uma *decisão gerencial (e, portanto, social)* bastante influenciada pela orientação da gerência. *No caso das montadoras brasileiras, prevaleceu a orientação para o controle*. As empresas introduziram a AME [Automação Microeletrônica], associada a certos esquemas de organização do trabalho, de uma maneira que *expandiu o controle técnico sobre o conteúdo e o ritmo do trabalho*, em detrimento da autonomia dos trabalhadores na condução do seu trabalho e do processo produtivo. A nosso ver, a orientação para o controle tem um significado tanto econômico tanto político. (CARVALHO, 1987, p. 222 – grifos no original)

Desde os primórdios do capitalismo, os padrões de uso e controle da força de trabalho variaram de acordo com os elementos destacados por Carvalho (1987). A intensidade dos conflitos entre as classes fundamentais, o grau de desenvolvimento das forças produtivas e a conjuntura política e econômica de cada momento, fizeram com que os padrões de uso e controle estivessem em constantes transformações, diferenciando o momento presente do anterior. Entretanto, estando subsumidos à mesma lógica de produção, a lógica capitalista, alguns aspectos comuns permanecem.

Carvalho (1987) afirmou que um dos elementos que possibilitam compreender o padrão de uso e controle da força de trabalho em determinado momento histórico é o processo de trabalho. Para Marx (1985, p. 150), o processo simples de trabalho é composto por três elementos fundamentais, objeto de trabalho, trabalho e meio de trabalho: “os elementos simples do processo de trabalho são a atividade orientada a um fim ou o trabalho mesmo, seu objeto e seus meios”. Em termos gerais, o fim objetivado (teleologicamente) pelo processo de trabalho é a produção de valor de uso, resultante da articulação da ação humana com os meios

de produção, conjunto de objeto e meio de trabalho. No interior das relações capitalistas de produção, o processo de trabalho possui duas peculiaridades: ele ocorre sob o controle do capitalista; e, o produto é propriedade do capitalista, e não de quem o produziu diretamente.

Modificações em um dos aspectos que constituem o processo simples de trabalho são capazes de gerar conseqüências para o conjunto do processo, por exemplo, quando se alteram os meios de trabalho, pela incorporação de novas tecnologias. Carvalho (1987, p. 16) assevera que as implicações da nova tecnologia para o trabalho vão além da questão do número de empregos, pois incluem a construção de uma nova maneira de produzir e de trabalhar. Com isto, algumas profissões estão se tornando obsoletas e outras serão criadas, com qualificações necessárias muito diferentes das atuais. O posicionamento do autor é que a composição da classe operária será modificada, e as ocupações menos qualificadas serão reduzidas. Além disso, a natureza do trabalho ou, a relação do trabalhador com o produto, também está sendo alterada.

Isto permite concluir que a tecnologia não se restringe ao desenvolvimento e introdução de maquinaria nos processos produtivos. O desenvolvimento tecnológico inclui também as descobertas científicas, o desenvolvimento de novas formas de organização do processo de trabalho, novas modalidades de comercialização e circulação de mercadorias, entre outros. Tomando o caso do setor de saúde, a introdução de tecnologias não se reduz ao uso de novos equipamentos de diagnóstico ou de cirurgias computadorizadas. O uso de uma nova base técnica em saúde pode variar de uma descoberta sobre o ciclo de vida de um parasita, capaz de alterar todo o esquema preventivo e terapêutico que era adotado até então, até as descobertas relacionadas com o mapeamento genético ou com células-tronco.

Para o autor, dado o caráter flexível das tecnologias de produção baseadas em controle eletrônico, as decorrências no mundo do trabalho não são inevitáveis, mas que “é a orientação imprimida no seu uso que condiciona suas implicações sociais” (CARVALHO, 1987, p. 16). E termina afirmando que a conclusão mais importante de sua pesquisa é que o processo de inovação tecnológica pelo qual o Brasil estava passando não teria que seguir necessariamente os caminhos dos países mais ricos e industrializados.

É possível seguir um caminho socialmente mais equilibrado, que combine a elevação dos níveis de produtividade com expansão do emprego e a melhora das condições de vida e de trabalho dos assalariados. Para tanto, é necessário que se abra a formulação das políticas públicas e privadas relacionadas com

a inovação tecnológica à participação da grande maioria que será por ela afetada. (CARVALHO, 1987, p. 16)

Apesar dos mecanismos de uso e controle da força de trabalho, Faleiros (1985, p. 67) afirma a existência de contradição, ao descrever que as próprias instituições, ao constituírem determinadas clientelas, criam condições de agrupamentos e manifestações de forças favoráveis ou contrárias aos seus programas e mecanismos de manipulação. Além disso, o autor assevera:

Apesar da subordinação do profissional, do fato de ser assalariado pelas instituições, de estar submetido às normas institucionais, ele também está vinculado ao cliente. Há quem busque nas instituições formas de relacionamento. É possível uma forma alternativa, é possível desenvolver o modelo de mediação, é possível ocupar espaço político, é possível tratar as pessoas não como súditos e clientela, mas como cidadãos. São as lutas sociais que têm impulsionado novas formas de relações entre a clientela e as instituições de desenvolvimento social, exigindo destas a resposta a seus problemas e é justamente através desta pressão que novas formas estão surgindo para buscar novos tipos de relações entre instituições e a população. (FALEIROS, 1985, p. 69)

Ao passo que se modificam os processos de trabalho, o perfil requerido para a força de trabalho também se modifica. Carvalho (1987, p. 152) considera que “ao alterar a natureza do trabalho, as inovações tecnológicas também modificam as qualificações necessárias para a sua execução”. Aqui iniciam nossas reflexões sobre a educação, em especial a educação profissional, no interior do capitalismo.

2.2.1 – A qualificação do trabalhador

Cury (2000, p. 59) relaciona a educação com a reprodução capitalista e destaca que esta relação não engloba apenas a reprodução dos meios de produção mas, fundamentalmente a reprodução das relações de produção. “A educação associa-se à reprodução na medida em que é uma das condições que possibilitam a reprodução básica dessa relação, em termos dos lugares sociais ocupados pelas classes sociais. Ao mesmo tempo, possibilita uma certa confirmação dos antagonismos nascidos da relação básica, pelo momento consensual”. A

educação contribui com as relações de produção por meio da formação da força de trabalho e da disseminação do modo de pensar consentâneo com as aspirações da classe dominante.

Tomando a Revolução Industrial, considerada um marco na ruptura com o modo feudal de produção da existência, Manacorda (1989, p. 271-2) salienta: “em suma, a revolução industrial muda também as condições e as exigências da formação humana”, e a instrução técnico-profissional passa a ser “tema dominante da pedagogia moderna”.

A qualificação profissional emergiu na modernidade como forma de adequar os trabalhadores às demandas impostas pelo capital. Para se manter no mercado, na luta intercapitalista, os capitalistas são impelidos a revolucionar constantemente os meios de produção, com vistas a alcançar maior produtividade e, maior lucro. Para tal, tornou-se necessário que os trabalhadores acompanhassem esses processos. Além de conseguir lidar com máquinas, os trabalhadores deveriam ser capazes de alcançar um grau satisfatório de qualidade na produção com eficácia e eficiência. Certamente, existem outros aspectos relacionados à educação, especialmente com a educação escolar, como a transmissão da ideologia dominante, um espaço de permanência de trabalhadores para os quais não existem postos de trabalho suficientes, entre outros, que não serão discutidos neste trabalho.

Partindo do histórico da educação no interior da sociedade capitalista, identificado em leituras como Manacorda (1989) e Frigotto (1984; 1995), pode-se dizer que com o desenvolvimento do modo capitalista de produção, a educação passou a ter uma relação estreita com a lógica produtiva. Do mesmo modo, a escola, inserida neste contexto de relações sociais capitalistas, desenvolveu-se tendo como princípio fundador, central, a educação para o trabalho.

Cury descreve a existência de uma função técnica e de uma função política para a educação. Sobre a função técnica da educação relacionada ao seu desempenho para com as necessidades próprias da produção, o autor afirma:

Seu papel é marcadamente instrumental, expressando-se imediatamente nas qualificações necessárias para uma eficiência na produção. Assim o são: ler, escrever, fazer as quatro operações. E, de modo mais mediato, essa função se expressa na transmissão do conhecimento retido sob a forma de tradição, valores, crenças, normas e idéias. A função técnica opera na própria base material da sociedade, tornando esse aspecto instrumental da educação uma força produtiva. (...) Há uma necessidade de proporcionar conhecimentos válidos ao lado da necessidade de neutralizar a ideologia da classe subalterna. Assim, essa função também está sob o signo da contradição, ao

exigir homens de iniciativa, responsáveis, competentes na sua especialidade, mas, ao mesmo tempo, dóceis ao sistema capitalista. (CURY, 2000, p. 61)

Em relação à sua função política, controlada pelo Estado, Cury (2000, p. 62) informa que o Estado, no âmbito da sociedade política, “formula e chama a si as definições referentes à educação. Essas definições, absorvidas e materializadas junto à sociedade civil, tentam desarticular a concepção de mundo da classe subalterna, sujeitando-a à sua própria, pelos mecanismos de dissimulação e ocultação”.

A partir de década de 1950, no pós-guerra, juntamente com os programas de assistência técnica e financeira, começou a se difundir pelo mundo a idéia de que a educação seria um fator de produção, dentro da compreensão que se convencionou chamar de “teoria do capital humano” (FRIGOTTO, 1984, p. 35- 68). Trata-se de um ideário que é, ao mesmo tempo, uma teoria do desenvolvimento (que vincula educação à potencialização do processo produtivo) e uma teoria da educação (ação pedagógica reduzida aos aspectos técnico-didáticos), sendo reflexo de uma compreensão classista (burguesa) do mundo.

Recheada de forte conteúdo ideológico, sem questionar a estrutura promotora das desigualdades sociais, e compreendendo as relações sociais e históricas como algo linear e harmônico, a teoria do capital humano propalava que, sendo a educação um fator produtor de capacidade de trabalho, um investimento em educação potencializaria o processo produtivo, e assim resultaria em mais produção e mais renda. Seria, então, um mecanismo “justo” de redistribuição de renda, e levaria os países que investissem neste tipo de capital, o capital humano, não apenas a uma natural redistribuição interna de renda, mas também a alcançar um desenvolvimento internacional, no caminho de igualar-se às grandes potências do mundo. “Desta suposição deriva-se que o investimento em capital humano é um dos mais rentáveis, tanto no plano geral do desenvolvimento das nações, quanto no plano da mobilidade individual” (FRIGOTTO, 1995, p. 41).

Certamente, é necessário situar este ideário dentro de seu contexto histórico que abrange os anos de 1930 aos de 1970, tarefa já realizada por Frigotto (1984). A partir da crise de 1970, a reestruturação produtiva requereu uma formação diferenciada. Do ponto de vista econômico, os novos conceitos e categorias foram difundidos, tais como flexibilidade, competência, competitividade, trabalho em equipe e participação. Do ponto de vista da formação, apareceram a pedagogia da qualidade, multi-habilitação, policognição, polivalência e formação abstrata (FRIGOTTO, 1995, p. 55). Este mesmo autor (1995, p. 56 e 145) diz estar havendo um “rejuvenescimento” da teoria do capital humano, com uma roupagem mais social. Os trabalhadores precisam ser polivalentes, flexíveis, criativos, versáteis, com

liderança, comunicativos, equilibrados, éticos, com habilidade de discernimento, ativos, com domínio cultural, capacidade de abstração e de tomada rápida de decisões em situações complexas, entre outros tantos adjetivos.

Com a reestruturação produtiva, os sistemas educativos foram progressivamente se ajustando à lógica empresarial, e sua gestão passou a fazer uso de estratégias empresariais. Em relação a isto, Castro (2004, p. 80) afirma que as classes dominantes procuram transformar a escola em uma empresa ‘flexível’, que produza trabalhadores dotados de ‘competências’. Sobre as competências, o autor considera um termo ambíguo, “destinado a naturalizar a autocracia empresarial que define a seu bel prazer aptidões (técnico-profissionais) e atitudes (comportamentais, psico-sociais e gestuais)”.

Para implementar tais recomendações, os próprios professores passaram a ser alvo de modificações. Instaurou-se no campo educacional uma ideologia de profissionalismo, disseminada principalmente por Organismos Internacionais. Segundo Shiroma (2003, p. 64), a “segmentação da categoria e o aligeiramento da formação de professores vêm ao encontro das prescrições de organismos internacionais para a gestão da educação na última década”. Ela utiliza como exemplo o Unicef, que ao declarar os professores como “o mais caro e mais importante recurso no processo educativo”, recomenda uma utilização eficiente dos professores, obtida por meio de redução de custos. A redução do custo dos professores não seria necessariamente por redução salarial: “Diminuir o custo dos professores pode envolver, também, sua distribuição e utilização de modo mais eficiente, assim como o uso de paraprofissionais e membros da comunidade”. A formação sugerida pelo Unicef seria em serviço e à distância, que em detrimento da formação inicial, promoveriam um maior e mais rápido estoque de trabalhadores baratos. Com base nestas informações, a autora conclui que “argumentos desta natureza nos permitem inferir que a reforma da formação de professores teve o objetivo deliberado de reduzir custos e ao mesmo tempo aumentar o controle sobre esta categoria profissional; em outros termos, visa a proletarização dos docentes”. Em outro trecho, a autora considera que “os mecanismos de controle do trabalho docente propostos por essa reforma educacional permitem afirmar que, a despeito do conteúdo positivo inscrito no conceito de profissionalização, as decorrências tendem à proletarização e à desintelectualização do professor” (SHIROMA, 2003, p. 69).

Sobre a “proletarização do trabalho docente”, Shiroma (2003) se pauta em Densmore (1987)⁴⁴, e esclarece que a proletarização resulta de tendências de organização do trabalho e do processo de trabalho no capitalismo, como por exemplo, a crescente divisão do trabalho, a separação entre tarefas de concepção e execução, o crescente volume de trabalho e diminuição dos níveis de habilidade. A autora recupera uma citação de Burbules e Densmore (1992, p. 73)⁴⁵, onde os autores vinculam a este processo uma associação entre taylorismo e gestão flexível no nível da escola. Eles explicam que não seria uma divisão marcada entre concepção e execução dos atos educativos, visto que ressalta a criatividade, a inovação, a autonomia. Mas sim uma recuperação da divisão do trabalho para a redução dos custos, complementada por uma gestão flexível, que seria a responsável pelo controle da força de trabalho. Desta maneira, Shiroma (2003, p. 69) considera que a “ideologia do profissionalismo pode assim ser vista como um construto que obscurece a realidade da situação de trabalho ao mesmo tempo em que assegura a internalização da motivação e disciplina”.

A partir da década de 1990, passou-se a preconizar uma formação profissional balizada pela noção de competências. Sobre este assunto, Newton Duarte (2001, p. 35) defende a tese de que “a assim chamada pedagogia das competências é integrante de uma ampla corrente educacional contemporânea”, chamada por ele de “pedagogias do ‘aprender a aprender’”. E ele expressa:

Trata-se de um lema que sintetiza uma concepção educacional voltada para a formação da capacidade adaptativa dos indivíduos. (...) O caráter adaptativo dessa pedagogia está bem evidente. Trata-se de preparar os indivíduos formando as competências necessárias à condição de desempregado, deficiente, mãe solteira etc. Aos educadores caberia conhecer a realidade social não para fazer a crítica a essa realidade e construir uma educação comprometida com as lutas por uma transformação social radical, mas sim para saber melhor quais competências a realidade social está exigindo dos indivíduos. (DUARTE, 2001, p. 38)

Com respaldo numa concepção de educação redentora dos problemas e do atraso social no Brasil, o discurso parece ter como destinatários dois indivíduos distintos: o indivíduo trabalhador empregado e o sujeito desempregado. Sobre eles, esse discurso atua

⁴⁴ DENSMORE, K. Professionalism, proletarianization and teacher work. In: POPKEWITZ, T. (ed.) **Critical studies in teacher education: its folklore, theory and practice**. Londres: Falmer Press, 1987.

⁴⁵ BURBULES, N. C. DENSMORE, K. Los limites de la profesionalización en la docencia. *Educacion y Sociedad*. Madri, n. 11, 1992

gerando uma internalização de responsabilidades, ao passo que obscurece a verdadeira origem dos problemas de trabalho e emprego (TEIXEIRA, 2003). O indivíduo que está empregado, internaliza o controle do seu trabalho que até então era tarefa efetuada pelos trabalhadores indiretos, capitalistas e seus mestres de produção, ou seus gerentes contemporâneos. A tarefa de controle foi descentralizada para os próprios trabalhadores. Essa internalização do controle vem acompanhada de um *ethos* de gestão do desenvolvimento profissional, onde o fato de estar empregado é visto como responsabilidade do próprio indivíduo, que precisa responder de forma adequada a quem o contratou, comportando-se adequadamente e estando sempre atualizado tecnologicamente. As relações entre capital e trabalho são mistificadas, como se o capitalista tivesse contratado o trabalhador por benevolência, e o trabalho realizado não fosse a outra parte do acordo, precisando o trabalhador responder com mais empenho às benesses praticadas pelos capitalistas.

A segunda internalização a que nos referimos anteriormente ocorre no sujeito desempregado. Ele internaliza a responsabilidade sobre sua condição, ou seja, por seu “fracasso” no mercado. Como não alcançou níveis satisfatórios de empregabilidade, num esquema meritocrático, não mereceu estar entre os melhores, aqueles que alcançaram sua vaga. Não põe em questão que não existem vagas para todos, mas se culpa por não estar apto para ocupá-las. Nessa acepção funcionalista de sociedade, trabalhar ou não trabalhar passa a ser uma questão de sucesso ou fracasso, em decorrência de ter ou não competências individuais para tal. Um pouco dessas considerações são explicadas por Antunes e Alves:

Na verdade, com a *aparência* de um despotismo mais brando, a sociedade produtora de mercadorias torna, desde o seu nível microcósmico, dado pela fábrica toyotista, ainda mais *profunda* e *interiorizada* a condição do estranhamento presente na subjetividade operária e dissemina novas objetivações fetichizadas que se impõem à classe-que-vive do trabalho. Um exemplo forte é dado pela necessidade crescente de *qualificar-se melhor e preparar-se* mais para conseguir trabalho. Parte importante do “tempo livre” dos trabalhadores está crescentemente voltada para adquirir “empregabilidade”, palavra-fetice que o capital usa para transferir aos trabalhadores as necessidades de sua qualificação, que anteriormente eram em grande parte realizadas pelo capital. (ANTUNES, ALVES, 2004, p. 347)

É neste sentido que a idéia de direito ao trabalho foi substituída pela de empreendedorismo individual, expresso na noção de empregabilidade. Ela consiste na capacidade de encontrar emprego/trabalho no mercado, via capacitação e desenvolvimento de competências individuais. Em função disso, os trabalhadores ingressam em programas de

formação profissional, que mantêm a expectativa de conseguir trabalho, acreditando na conquista pelo esforço individual. Isto estimula a competição entre os trabalhadores, impondo barreiras à organização sindical do trabalho (FALEIROS, 2000, p. 193).

Se estas são características mais gerais que podem acarretar mudanças no padrão de uso e controle da força de trabalho em determinado período, é preciso compreender como isto se processa no interior dos serviços de saúde. Desta maneira, torna-se imprescindível destacar aspectos do processo de trabalho em saúde, que o tornam um processo singular.

2.3. – Trabalho em Saúde

O trabalho em saúde é uma prática que se realiza desde os primórdios da humanidade. Pires (1998, p. 81) afirma a existência de um consenso entre os estudiosos que ao longo da história, relacionadas e influenciadas pelas sociedades específicas, modificaram-se as concepções de saúde-doença; as práticas assistenciais; as formas do desenvolvimento do trabalho; e o processo de formação profissional e de produção e reprodução dos conhecimentos.

Estas diferentes configurações representam diferenciados modos de se praticar a saúde, sendo que em cada momento dado, existiu uma concepção hegemônica de saúde⁴⁶, à qual correspondia determinado modelo assistencial. Segundo Campos et al. (1994, p. 53), modelo assistencial é “o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las”.

Assim, o processo de trabalho em saúde se organizou com o uso de variados recursos, desde ervas, exorcismos, cirurgias, até os métodos diagnósticos contemporâneos como a ressonância magnética, sendo utilizados por uma imensa gama de agentes, como sacerdotes, feiticeros, parteiros, barbeiros, e na atualidade, médicos, enfermeiros, agentes comunitários,

⁴⁶ Sobre as diferentes concepções de saúde-doença ao longo da história, recomenda-se a leitura de: FOUCALT, M. **O Nascimento da Clínica**. Trad.: MACHADO, R.. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980, 241p.; GEOVANINI, T. et. al. **História da Enfermagem – Versões e Interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.; HEGENBERG, L. Evolução Histórica do Conceito de Doença. In: **Doença – um estudo filosófico**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 1998.; IBÁÑES, N.; MARSIGLIA, R. Medicina e Saúde: um enfoque histórico. In: CANESQUI, A. M. (org). **Ciências Sociais e Saúde no Ensino Médico**. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 49-74.; SCHRAIBER, L. B. **Educação Médica e Capitalismo – Estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista**. Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1989, 133 p.

entre outros. De igual maneira, a educação dos indivíduos envolvidos com as práticas de saúde variou em função da concepção de saúde e do modelo assistencial hegemônicos; assim, se nos primórdios a educação era por transmissão direta entre o agente de saúde e seu aprendiz, “aprender ao pé do leito”, na modernidade ela assume o caráter institucionalizado e, atualmente, já se verificam modalidades de ensino à distância.

Pires (1998, p. 159) considera que o trabalho em saúde, pertencente ao setor de serviços, é um trabalho essencial para a vida humana. Situa-se na esfera da produção não-material, realizando-se por inteiro no ato, ou seja, é a própria realização da atividade. A prestação do serviço, chamada assistência à saúde, possui variadas formas, como a realização de consulta, cirurgia, exame-diagnóstico, administração de medicação, orientação nutricional, visita domiciliar, educação em saúde, etc. De acordo com Pires (1998, p. 161):

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando de medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho – os instrumentos e condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo tempo que é consumida. (grifos no original)

A definição do objeto de trabalho em saúde é uma questão não resolvida. Como foi visto, Pires (1998) considera o objeto de trabalho como sendo um indivíduo ou grupo doente, saudável ou em exposição a riscos, que necessita de medidas curativas, de promoção da saúde ou de prevenção de doenças. Schraiber (1989), por sua vez, apresenta uma definição mais restrita que compreende que o objeto do trabalho médico, na sociedade capitalista, é o corpo humano⁴⁷. Esta autora estudou o trabalho médico em específico, mas suas conclusões podem ser generalizadas para as demais categorias da saúde, tendo em vista que elas se desenvolveram tendo como referencial o modelo médico.

A tomada do corpo individual como objeto de trabalho em saúde foi traduzida num modelo de atenção à saúde denominado “modelo biomédico”. Este é o modelo de atenção à saúde vigente no Brasil, o qual se consolidou como paradigma para as profissões da saúde a partir do Relatório Flexner, que se propôs a reorganizar o ensino e o exercício da medicina nos Estados Unidos da América. Seus elementos estruturais são: o mecanicismo, o

⁴⁷ Segundo a autora, no feudalismo havia quem cuidava do corpo e quem cuidava da doença, impingindo uma concepção de que a doença era uma individualidade própria em relação ao corpo, e o corpo era apenas um suporte para a manifestação da doença (SCHRAIBER, 1989, p. 67).

biologicismo, a especialização, o individualismo, a exclusão de práticas alternativas; a tecnificação do ato médico; a ênfase na medicina curativa; e a concentração de recursos no espaço urbano/hospitalar (RIZZOTTO, 1999, p. 36). Este modelo foi projetado para o ensino da medicina, mas, por razões históricas da organização dos sistemas de saúde, nos quais a medicina sempre foi hegemônica, as demais categorias profissionais acabaram organizando seus cursos formativos como tributários do modelo médico, quer dizer, de forma desvinculada da realidade sanitária da população, voltados para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependentes das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares.

Para Pustai (1990, p. 72), “a vontade política de organizar modelos assistenciais integrais também esbarra na formação curativista da maioria dos profissionais da saúde”, pautada no modelo biomédico de ensino. Além disso, Pustai (1990, p. 72) relembra da divisão do trabalho em saúde em especialidades e subespecialidades que, ao fragmentar o corpo do usuário, acabam perdendo a noção de indivíduo integral, além de tomá-lo desvinculado dos determinantes socioeconômicos.

Na prática, observa-se um agigantamento das ações puramente curativas sem qualquer articulação com a prevenção, situação esta influenciada por mecanismos de financiamento que pagam por produção médica e orientam-se por uma lógica de mercado, tanto no setor público como no privado conveniado. Esse tipo de prática reforça o processo de medicalização da sociedade, em que cada sintoma ou sinal verificado no paciente torna-se objeto de investimento da indústria médica, além de indicar um entendimento muito pobre do processo saúde-doença e uma leitura linear das necessidades do indivíduo e da coletividade. (PUSTAI, 1990, p. 72)

Schraiber (1989, p. 67) considera que para se entender quais são as determinações do trabalho médico, é necessário compreender as atribuições dadas ao seu objeto de trabalho, as quais são definidas de acordo com o modo de produção vigente. Assim, para que o corpo “se realize enquanto corpo de pessoa humana, se já é biologicamente qualificado como estrutura de suporte de ações, adquire outras qualificações mediante as determinações sociais de seu uso”.

Colocado socialmente como agente de trabalho o corpo é simultaneamente força de trabalho, cuja manutenção e recuperação é central na garantia de sua atividade produtora. No modo de produção capitalista a força de trabalho, dada a forma como é integrada ao processo de produção, adquire o significado de um valor de uso para o capital. E dado este mesmo modo de sua integração, na medida em que ele propicia a apropriação do capital dos

produtos de sua atividade produtora, a garantia desta é, entre outros, elemento de acumulação deste mesmo capital. (SCHRAIBER, 1989, p. 69)

Essa autora considera que, ao passo que no capitalismo o trabalho humano foi transformado em força de trabalho a serviço do capital, sendo este trabalho viabilizado pelo corpo, isto propiciou “a tomada do corpo por objeto de trabalho, posto que se transformam a manutenção e recuperação do corpo em necessidade social a ser socialmente assegurada, o que passará a ser finalidade do trabalho médico no modo de produção capitalista” (SCHRAIBER, 1989, p. 70).

A autora destaca que para além de uma situação de normalidade, que é socialmente definida, a manutenção e recuperação dos corpos se presta também a uma função ideológica de legitimação da tomada da força de trabalho como valor de uso pelo capital, mascarando as relações de dominação de classe. Segundo ela, não são homogêneas as valorizações atribuídas ao corpo, assumindo a manutenção e a recuperação dos corpos uma importância variável em função do pertencimento de classe (SCHRAIBER, 1989, p. 70). Deste modo,

Se o corpo a ser tomado como objeto de trabalho não é um corpo qualquer, mas já marcado por todas as determinações sociais mencionadas, segue-se que, já enquanto objeto potencial do trabalho médico, o corpo tem delimitado o modo pelo qual será disposto e utilizado em sua existência social, fazendo com que se defina a finalidade desse trabalho como sendo uma manutenção e recuperação também já dadas pelas mesmas determinações. Assim sendo, o modo pelo qual será realizado o trabalho médico – bem como o modo pelo qual será organizada a produção e a distribuição social desse trabalho – determina-se pelo significado específico do corpo no modo de produção capitalista e pelos significados particulares, seja do corpo, seja de sua manutenção e recuperação, por referência às classes sociais. (SCHRAIBER, 1989, p. 74)

Definido o corpo como objeto do trabalho em saúde no interior das relações capitalistas de produção, outro elemento do processo de trabalho a ser abordado é o trabalho, por meio dos agentes que o personificam. Pires (1998, p. 81-91) realizou uma retomada do histórico da organização do processo de trabalho em saúde, desde a Idade Média até a atualidade, passando pela constituição das profissões da saúde e pelo caráter do trabalho coletivo que a assistência em saúde assumiu no decorrer da história. Se na Idade Média as práticas institucionalizadas eram realizadas predominantemente por religiosos, com o advento do capitalismo há uma diversificação dos agentes, que se organizam em torno do médico. As práticas de saúde se consolidam, dentro de um paradigma positivista de ciência, legitimador

da hegemonia médica. Pela posse do “verdadeiro saber científico”, os médicos passam a ser considerados detentores do controle das práticas assistenciais (PIRES, 1998, p. 86).

Segundo Pires (1998, p. 87), o processo de trabalho em saúde, especialmente nos espaços institucionalizados, se organiza de acordo com a lógica da organização do trabalho no capitalismo em geral. Assim, a “assistência de saúde resulta do trabalho coletivo, parcelado em diversas atividades e exercido por profissionais de saúde e outros profissionais ou trabalhadores treinados para atividades específicas”. Sobre as lógicas que permearam as práticas de saúde ao longo do século XX, a autora descreve:

O hospital é o espaço terapêutico e de ensino na área da saúde que vai se consolidando na medida em que se intensifica o uso de equipamentos tecnológicos no trabalho assistencial. Duas lógicas convivem durante todo esse século, na organização e na prática assistencial em saúde: a lógica do trabalho profissional, independente, com controle, mesmo que parcial, do processo e a lógica do trabalho coletivo. Nenhuma das duas lógicas se apresenta na forma pura, porque elas são contextualizadas historicamente e são influenciadas pela lógica do capital e pelas diversas formas de organização e gestão do trabalho que são aplicadas em outros campos do trabalho humano. Também são influenciadas pelos avanços da ciência e da tecnologia aplicada à saúde, bem como pelo arcabouço legislativo que estabelece como a sociedade vê e trata, em cada momento histórico, os seus problemas de saúde-doença. (PIRES, 1998, p. 95)

De acordo com esta autora, o ato assistencial, em si, requer um trabalho do tipo profissional, ou seja, realizado por trabalhadores que dominam os conhecimentos e técnicas especiais para prestar assistência ao indivíduo ou grupo de pessoas com problemas de saúde ou risco de adoecer, em atividades de pesquisa, prevenção, cura ou reabilitação, quando o indivíduo ou grupo não pode fazer por si mesmo ou sem a ajuda profissional. Segundo Pires, quando realizado no nível institucional, o ato assistencial compreende: diagnóstico ou identificação dos problemas; decisão sobre o tratamento; realização dos cuidados ou procedimentos; avaliação dos resultados e decisão da alta hospitalar ou de conclusão da assistência (PIRES, 1998, p. 159-160).

Em relação ao processo de trabalho em saúde no final do século XX, Pires (1998, p. 101) descreve que ele é essencialmente institucionalizado⁴⁸, realizado no espaço ambulatorial

⁴⁸ Dentre os elementos destacados pela autora como influências para a organização dos serviços de saúde em espaços institucionalizados, estão “as regras resultantes do jogo político entre interesses divergentes; os modelos administrativos-gerenciais hegemônicos adotados pelas empresas; a tecnologia disponível e aplicável na área; o paradigma hegemônico de produção de conhecimentos científicos e as características intrínsecas do processo específico de produção do ato assistencial em saúde” (PIRES, 1998, p. 159).

ou hospitalar, e resultante de um trabalho do tipo coletivo, onde o médico é o elemento central, detentor do controle do processo assistencial e que delega atividades a outros profissionais de saúde. Com base na pesquisa realizada, a autora sugere que integração da assistência em saúde é realizada pelos médicos. “O trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços, e, até, tomando atitudes contraditórias” (PIRES, 1998, p. 165).

Apesar desta subordinação dos demais profissionais da saúde à figura central do médico, a autora afirma a existência de um certo grau de autonomia na avaliação e na tomada de decisões destes profissionais. Para ela, isso ocorre porque as avaliações são realizadas em separado, e cada profissional toma suas decisões de conduta baseados nas avaliações que realiza. Nos conflitos, institucionalmente prevalece a decisão médica. Informalmente, no entanto, é possível que existam momentos de troca e decisões em conjunto (PIRES, 1998, p. 167-9).

A organização dos serviços segue a lógica das especialidades, que é a lógica da fragmentação, do parcelamento do homem, correspondente ao modelo biológico positivista de entendimento das doenças. (...) O aumento das especialidades na área da saúde, apesar de ficar mais visível em relação ao trabalho médico, ocorre, também, com os demais profissionais de saúde. (...) No entanto, a produção do ato assistencial em saúde envolve um conhecimento sobre o processo que não é dominado pela administração da instituição e nem existe uma equipe de técnicos e gerentes que determina qual é a tecnologia assistencial que será empregada e qual o papel de cada trabalhador, como ocorre nas empresas de produção material. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional. Os médicos, ao mesmo tempo que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde, como enfermagem, nutrição, fisioterapia etc. Esses profissionais executam atividades delegadas mas mantém certo espaço de decisão e de domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional. Tomam decisões, desde que elas não contradigam as decisões médicas, salvo por acordo entre as partes. Em caso de conflito, a última palavra é do médico. (PIRES, 1998, p. 172)

Rodrigues (2005, p. 80), ao estudar as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Enfermagem, problematiza o “trabalho em equipe” a partir na noção de hegemonia médica:

Esta questão da hegemonia médica precisa ser considerada porque um dos elementos discursados, muito antes da proposição de diretrizes curriculares,

como essenciais à formação em saúde, era o trabalho em equipe (...) uma forma de organização do trabalho que se acentuará com a reestruturação do trabalho destes novos tempos, embora consideremos os limites que estão postos nas novas proposições. *Assim, que possibilidades efetivas existem de atuação em equipe quando há uma histórica concentração de poder em um dos seus elementos componentes?* (RODRIGUES, 2005, p. 80)

No Brasil, os profissionais de nível superior que atuam diretamente no cuidado à saúde são muitos. Segundo as informações coletadas em Ceccim (2002, p. 11), a lista das profissões da saúde de nível superior varia entre o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Educação (CNE) e a Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal da Educação Superior (Capes). Para o CNS, são 14 as profissões da saúde: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. O CNE reconhece 12 profissões como sendo da saúde: Biologia, Economia Doméstica, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional. Por fim, a Capes estabeleceu 10 áreas de ciências da saúde: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional. Segundo Ceccim (2002, p. 11), o curso de graduação em Administração Hospitalar não tem sido lembrado em nenhuma das referências ao grupo da saúde e pertence, segundo o CNE e a Capes, ao grupo das ciências sociais aplicadas.

Outro grupo numeroso de trabalhadores envolvidos com a assistência à saúde é o dos técnicos e auxiliares. De acordo com as informações contidas no portal do Ministério da Educação, os cursos auxiliares, técnicos e tecnólogos em saúde se organizam de acordo com uma subdivisão nas seguintes subáreas: Biodiagnóstico; Enfermagem; Estética; Farmácia; Hemoterapia; Nutrição e Dietética; Radiologia e Diagnóstico por Imagem em Saúde; Reabilitação; Saúde Bucal; Saúde Visual; Saúde e Segurança no Trabalho; e Vigilância Sanitária (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2000).

Além dos trabalhadores envolvidos diretamente no cuidado à saúde, Pires (1998, p. 161) destaca a existência de um grupo diversificado, que realiza aquilo que ela denominou de “atividades de apoio”. Estariam incluídas neste grupo as atividades de limpeza, de cozinha, de atendimento ao público, de portarias, e de serviços de escritórios, entre outras. Nos

documentos consultados nesta pesquisa, esse grupo de trabalhadores é denominado de trabalhadores “não-clínicos”.

Finalmente, o terceiro elemento do processo de trabalho a ser analisado, os meios de trabalho em saúde. O setor de saúde acompanhou as mudanças ocorridas na sociedade nas últimas décadas. Caetano (1998) afirma que o acelerado ritmo de inovações tecnológicas também se fez sentir na saúde:

Os consideráveis avanços ocorridos na tecnologia médica, particularmente nas últimas décadas, determinaram importantes modificações no diagnóstico e na terapêutica. A incorporação à prática e aos sistemas de cuidado à saúde de um expressivo quantitativo de inovações tecnológicas transformaram as relações entre médicos e pacientes e produziram um conjunto de efeitos extremamente variado, que inclui consequências em campos diversos, como o econômico, o ético, o médico-profissional e o social. (CAETANO, 1998, p. 73)

Caetano (1998, p. 73) descreve que as inovações tecnológicas em saúde representam a aplicação de novos conhecimentos, que podem aparecer tanto como um artefato físico, como equipamentos, dispositivos ou medicamentos, quanto por meio de idéias, na forma de “novos procedimentos ou práticas, ou de (re)organização dos serviços”.

Sobre a introdução de tecnologia no setor da saúde, Sayd, Vieira Junior e Velandia (1998, p. 167) consideram que o avanço da indústria de equipamentos médicos e farmacêuticos permitiu ao setor de saúde um desempenho produtivo e implemento de inovações semelhantes ao da indústria de microeletrônica. Os efeitos diferenciados neste processo, segundo estes autores, seriam: aumento no custo da assistência em saúde; a complexificação e segmentação na formação dos “recursos humanos”; e a criação de novas categorias de trabalho, profissionais e especialidades.

No âmbito das inovações tecnológicas, Pires (1998, p. 207) investigou o impacto das tecnologias de ponta na área da saúde. A autora considera que da totalidade das inovações tecnológico-organizacionais que marcaram profundamente o trabalho e a vida no final do século XX, o setor da saúde está utilizando de maneira significativa os equipamentos de base microeletrônica, os denominados novos materiais, e também está se constituindo em campo de aplicação dos avanços obtidos na química, na bioquímica, na engenharia genética e na área da reprodução humana.

Com base em uma pesquisa realizada em dois hospitais, um público e outro privado, acerca do impacto da incorporação de tecnologias de ponta, Pires (1998) destacou algumas

características deste processo. Para a autora, “as inovações tecnológicas, usadas na saúde aumentam a produtividade”, visto que produzem um maior número de serviços com a mesma força de trabalho. Ao mesmo tempo, a autora verificou em sua pesquisa que a utilização de equipamentos de ponta não expulsou trabalhadores de seus empregos, mesmo tendo aumentado o seu rendimento.

Os monitores cardíacos liberam os trabalhadores de enfermagem da verificação constante de sinais vitais; as bombas de infusão, após programação, controlam automaticamente a infusão da medicação no paciente e alarmam quando acontece alguma alteração na programação, liberando a enfermagem do controle mais direto. Com isso, outras atividades podem ser acrescentadas, além do rendimento do trabalho ser maior. Um trabalhador de enfermagem pode atender mais pacientes do que era capaz sem o auxílio do aparelho, ou pode desenvolver uma série de cuidados que antes não podia executar. O trabalho do pessoal de enfermagem não diminui, ao contrário, ele pode, até, ser intensificado. Nos hospitais estudados a utilização de equipamentos de tecnologia de ponta não mostrou expulsão de trabalhadores, nem fechamento de postos de trabalho, mas aumentou o rendimento do trabalho. (PIRES, 1998, p. 211)

A autora, entretanto, não apresenta dados numéricos sobre o aumento de demanda, apenas descreveu que o rendimento aumentou, podendo cada trabalhador individual produzir mais do que faria sem o auxílio dos equipamentos. Deste modo, é possível inferir que na ausência da incorporação tecnológica, com o aumento da demanda, novos postos de trabalho seriam criados. Se nas indústrias a incorporação de maquinaria gerou desemprego, o mesmo não pode ser afirmado para o caso da saúde. Mas, de uma perspectiva a longo prazo, pode-se dizer que essa incorporação impediu a criação de novos postos de trabalho, e foi acompanhada por uma intensificação da jornada de trabalho.

Dialogando com as posições assumidas por Pires (1998), de que o uso de tecnologias de ponta não eliminou postos de trabalho, e que as tendências do setor de saúde indicam um aumento no número de postos de trabalho e, considerando que no caso da saúde nada substitui integralmente o trabalho humano, Rodrigues (2005) acrescenta outro elemento a este debate. Sabendo que dentre os aspectos importantes do sistema de saúde brasileiro encontra-se a exclusão da maioria da população do acesso aos serviços que incorporaram tecnologia moderna e de base microeletrônica, Rodrigues relaciona o aumento dos postos de trabalho no setor com o caráter assumido pelas políticas de saúde na década de 1990. Para a autora:

Admitindo que as políticas de saúde elevaram o número de empregos, é preciso relativizar e qualificar esta elevação. Assim, temos a hipótese de que

este aumento tem sua maior expressividade na inserção profissional no Programa Saúde da Família, programa do Ministério da Saúde que se caracteriza por implementar ações de assistência básica de saúde. Neste programa, chama a atenção o fato de que, em alguns lugares ou regiões, o vínculo de trabalho de seus profissionais tem se dado de forma precarizada. A característica dos contratos desses trabalhadores é que eles não têm nenhum direito social adquirido e, após o final do contrato, ou mesmo na vigência dele, a depender das suas articulações políticas e pessoais, pode ser disponibilizado. (RODRIGUES, 2005, p. 76-7)

Para Pires (1998), o uso de tecnologia de ponta traz alguns benefícios para os “clientes” dos serviços de saúde, ao tornar tratamentos menos dolorosos, proporcionar diagnósticos precoces, além de liberar tempo dos trabalhadores, que pode ser utilizado na melhoria da qualidade dos serviços. Por outro lado, o uso inadequado dos equipamentos pode trazer prejuízos aos usuários, tanto na subalternização do exame clínico, bem como no ônus financeiro que pode acarretar em casos de serviços privados.

É interessante notar este duplo caráter que a utilização de tecnologias de ponta acarreta para os serviços de saúde. Se por um lado ela é carregada de positividade, é importante destacar que muitas vezes esta positividade se restringe aos que podem pagar por serviços, tendo em vista que exames diagnósticos modernos são demasiados caros, e têm uma cota limitada nos serviços públicos. O que acaba prevalecendo para a maioria da população é o lado mais obscuro, mas lesivo. O uso intensivo de tecnologias de ponta é adequado ao modelo de atenção à saúde hegemônico, dependente da tecnologia. Vale salientar que na propedêutica clássica, há uma hierarquia entre procedimentos, onde a primazia deve ser dada ao exame clínico, caracterizado por uma boa anamnese e um exame físico detalhado. Os exames diagnósticos como raio-X, tomografia computadorizada, entre outros, são classificados como exames complementares, e devem ser solicitados para casos de confirmação de diagnóstico. Entretanto, essa hierarquia parece estar sendo invertida, e o diálogo entre o usuário do sistema e o agente do cuidado parece estar sendo substituído pela relação estabelecida entre aquele e o resultado técnico do exame.

Em relação aos relatos dos profissionais de saúde entrevistados por Pires (1998, p. 220) sobre as conseqüências que a introdução de tecnologias de ponta acarretou para a qualificação dos trabalhadores, a autora informa que de maneira geral é possível dizer que o uso de equipamentos de tecnologia de ponta requer um trabalho mais qualificado, tendo em vista que é necessária a posse de mais conhecimentos para se entender “o funcionamento da

máquina, da fisiologia humana e dos estados mórbidos, para poder realizar um trabalho mais criativo e eficiente e não apenas mecânico”.

Medeiros e Rocha (2004, p. 403), após dialogar com os posicionamentos de Pires (1998) de que a introdução de novas tecnologias na área da saúde teria elevado a qualificação dos trabalhadores, chamam a atenção para uma dupla face deste processo. Segundo estas autoras, a maior qualificação da força de trabalho em saúde teria dentre seus desdobramentos o aprofundamento da cisão entre os trabalhadores:

De um lado, os trabalhadores qualificados, aqueles que atuam na assistência direta, nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, na gerência e na produção de tecnologia. E, do outro lado, os trabalhadores terceirizados e em situações de vínculo empregatício precário. Consideramos esta dimensão do mundo do trabalho no setor saúde semelhante ao processo de transformações do mundo do trabalho em geral. Essa cisão traz em seu enalço o agravamento da desigualdade e injustiça sociais.

Além disso, é preciso recuperar que no Brasil, com a ampliação da cobertura populacional por meio da estratégia política do PSF, forma-se uma polarização nas qualificações exigidas para os trabalhadores. Se é válido que a introdução tecnológica amplia as necessidades de formação dos trabalhadores, o mesmo não ocorre no âmbito da saúde pública, onde a assistência é caracterizada pelo uso de tecnologias leves e a grande proporção dos trabalhadores empregados possui baixos níveis de formação.

2.3.1 – Discussões sobre a força de trabalho em saúde no Brasil

Inicialmente serão tratadas neste item questões relativas às discussões sobre “Políticas de Recursos Humanos em Saúde” no Brasil, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que instituiu o SUS. Num segundo momento, será abordada a atual organização do processo de trabalho em saúde no Brasil.

Num momento imediatamente anterior à promulgação do SUS, em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada o grande marco do Movimento da Reforma Sanitária. Durante a VIII CNS, a questão dos trabalhadores deu lugar à I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS). Sayd, Vieira Junior e

Velandia (1998) realizam uma detalhada análise da CNRHS, e apontam que a linha da discussão deslocou-se da histórica questão de “disfunção da força de trabalho disponível” que orientava as discussões sobre o trabalho em saúde no Brasil até então, para uma questão de ausência de política de “recursos humanos”, no sentido de superar os aspectos quantitativos, econômicos e puramente produtivos do processo de trabalho em saúde. Conclui-se, nesta Conferência, que muitos dos problemas apresentados somente teriam solução com uma mudança na estrutura social, como, por exemplo, no que tange à isonomia dos serviços públicos, quando

(...) existem inúmeras barreiras jurídicas que inviabilizam qualquer intervenção efetiva sobre as desigualdades de direitos e benefícios presentes entre as várias classes de servidores da área de saúde pública. Uma reforma sanitária sem uma reforma legislativa, administrativa e jurídica tem pouca eficácia na tentativa de mudar a situação da saúde e do trabalho em saúde. (SAYD, VIEIRA JUNIOR, VELANDIA, 1998, p. 188-192)

Os temas tratados na I CNRHS foram: distribuição geográfico-social dos recursos humanos; desigualdades nas condições de inserção no mercado de trabalho; composição das equipes de saúde; valorização profissional; e formação de “recursos humanos”. Em relação a este assunto, uma das preocupações apresentadas foi referente à proliferação indiscriminada de escolas, especialmente as privadas, que limitava uma ação de regulação do modelo de formação em saúde, ainda pautado pelo cientificismo, apesar das diretrizes apontadas pelo setor irem ao encontro daquelas discutidas desde 1978, na Conferência de Alma-Ata⁴⁹.

Em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (LOS – composta pelas leis n. 8080/90 e 8142/90). Na Lei 8080/90, os “recursos humanos” aparecem inicialmente no inciso III, do artigo 6º, onde se afirma que a “ordenação da formação de recursos humanos da área de saúde” está incluída no campo de atuação do SUS, e também, neste mesmo ponto, no inciso X, inclui-se o “incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico”. Ainda no 14º artigo dispõe sobre a criação de Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Essas comissões teriam por finalidade “propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera

⁴⁹ Esta Conferência ocorreu em 1978, tendo sido promovida pela OMS e pelo UNICEF, onde diversos países acordaram que atenção primária e a participação comunitária são a melhor maneira de se atingir a meta ‘Saúde para todos no ano 2000’. Rizzotto (2006) considera que Alma Ata foi um marco no início das discussões sobre a focalização da saúde.

correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre as instituições” (BRASIL, 2000b).

O artigo 27 da Lei 8080/90, no Título IV que trata dos “recursos humanos”, afirma que a política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, de acordo com os seguintes objetivos:

I – organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; (...) Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde – SUS constituem campo de prática para o ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional. (BRASIL, 2000b)

Na sequência o artigo 30 afirma que: “As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por comissão nacional, instituída de acordo com o artigo 12 dessa lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes. (BRASIL, 2000b)

Para Pereira (2004, p. 365-6), desde a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, a questão da força de trabalho em saúde no SUS vem sendo apontada como um dos seus nós críticos, entretanto, sem merecer um tratamento necessário no que diz respeito à sua organização e gestão em nível nacional. Quatorze anos depois da promulgação da LOS ainda não existe uma norma operacional que viabilizasse uma regulamentação clara para a gestão dos trabalhadores em saúde, tanto no que se refere às condições de trabalho, como às modalidades de vínculo empregatício, carga horária e piso salarial, quanto à formação profissional dos trabalhadores em saúde.

A IX CNS (1992) já foi realizada sob as bases legais da Constituição Federal de 1988. Paim (1994) afirma que a IX CNS ratificou as proposições da VIII CNS. Formulou 17 princípios e 25 proposições para a implementação de uma política de “recursos humanos” para a saúde. Entre estas proposições, encontra-se uma que prescreve “proibição de remuneração baseada na produtividade” (PAIM, 1994, p. 16-7). Segundo este autor, o que se verificou nessa conferência foram mais “bandeiras de luta” dos simpatizantes do Movimento da Reforma Sanitária, com as atenções concentradas nos “recursos humanos” para o SUS, “e não no conjunto da força de trabalho em saúde, vinculada ou não ao mercado de trabalho do setor” (PAIM, 1994, p. 18).

Ainda sobre a IX CNS, Sayd, Vieira Junior e Velandia (1998, p. 188) afirmam que:

Com relação à área específica de recursos humanos, houve consenso sobre a necessidade de superar os tradicionais processos gerenciais adotados pelas instituições de saúde e aprofundar uma análise crítica dos mesmos. A temática foi analisada desde a ótica da gestão, abordando as peculiaridades das relações de trabalho no setor saúde e contemplando as dimensões econômica, político-ideológica e organizativa do processo produtivo. Consolidou-se, nessa conferência, o processo de crescimento da discussão corporativa, a ponto de obscurecer demais aspectos relativos a políticas para recursos humanos em saúde.

De acordo com Pereira (2004, p. 366), a XI CNS apontou para a necessidade de formular uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos. Para esta autora, apesar das dificuldades, “a gestão da força de trabalho em saúde se efetiva na prática cotidiana dos gestores em saúde, baseada, no entanto, em princípios radicalmente contrários aos preconizados pelo SUS e pelo projeto de Reforma Sanitária”, como por exemplo, a gestão por meio de estratégias de terceirização. Isso ocorre porque a contratação e a gestão do maior contingente de trabalhadores da saúde se efetiva no âmbito municipal.

Pereira (2004, p. 370) considera que o cenário que perdurou ao longo dos Governos FHC, marcados por intensas transformações no aparato público estatal, foi o de “múltiplas formas de contratação, flexibilização e gestão de pessoal, e a perda de direitos trabalhistas, sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde e em geral”. Neste contexto, a autora destaca o documento “Parecer sobre terceirização e parcerias na saúde pública”, de 1998, elaborado pelo então Subprocurador-geral da República Wagner Gonçalves. A autora afirma que neste documento há uma explanação geral da situação de terceirizações e parcerias na saúde pública, havendo o esclarecimento que o que predomina é a terceirização dos serviços de saúde via contratos, através de pagamento com verbas advindas de cofres públicos aos setores privados de prestação de serviços na área da saúde. Naquele momento, o Ministério Público apresentou uma ação civil pública contra tais formas de terceirização, por ferirem a LOS.

Além disto, no que tange à formação dos trabalhadores de saúde no Brasil, em nível superior, na segunda metade da década de 1990 se iniciaram os debates sobre a elaboração de diretrizes curriculares para os cursos da saúde. Embora retomando o processo específico de construção das diretrizes curriculares para o curso de Enfermagem, Rodrigues (2005) levanta

importantes momentos do processo mais amplo de construção, das orientações para toda a área da saúde. Segundo esta autora,

(...) no ano de 1997, a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação lançou o Edital nº 04/97-MEC, convocando as instituições de ensino superior para que emitissem propostas de reformulação de seus currículos, as quais seriam recebidas e repassadas para as comissões de especialistas por áreas de ensino e consolidadas em uma proposta única. O Ministério da Educação lançou, além desse documento, um “modelo de enquadramento de diretrizes curriculares”, no qual as comissões deveriam se basear para condensar as propostas, bem como os Pareceres nº 776/97-CNE e nº 583/2001-CNE, que também orientaram a elaboração das diretrizes curriculares. (RODRIGUES, 2005, p. 111)

No ano de 2001, o CNE substituiu o conceito de “currículo mínimo” para as profissões superiores pelo conceito de “diretrizes curriculares”, tendo sido aprovadas as novas diretrizes para os cursos da área da saúde que levaram em conta a Lei Orgânica da Saúde, o relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde, documentos da Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde e as recomendações da Rede Unida. O parecer que aprova as novas diretrizes curriculares é claro ao afirmar que o conceito de saúde da Saúde Coletiva e os princípios e diretrizes do SUS são elementos fundamentais a serem enfatizados na articulação da política de educação superior com a política de gestão da saúde (CECCIM, ARMANI, ROCHA, 2002).

Por meio do Parecer CES/CNE n. 1133/2001 foram estipuladas as diretrizes para os cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição (BRASIL, 2001a), e pelo Parecer CES/CNE n. 1210/2001, estipularam-se as diretrizes para os cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2001b). Quando observadas de forma global, e ao se desconsiderar as atribuições específicas de cada categoria em questão, é possível destacar o caráter homogêneo nas definições das atribuições (artigo 4 - competências e habilidades) gerais dos profissionais do setor, como pode ser verificado no Quadro 1 (ver na página seguinte).

Rodrigues (2005, p. 132-3), transcreve o trecho de uma de suas entrevistas com um dos especialistas de enfermagem da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação. Nele, o especialista afirma que as competências gerais que aparecem na versão definitiva das Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação na área da saúde são todas iguais visto terem todas a mesma origem: um documento da OPAS, traduzido e defendido em

uma das reuniões pelos representantes da Rede Unida. Este documento se intitula ‘Diretrizes gerais para a educação dos profissionais de saúde do século XXI’ (ITO; IVAMA; NUNES, 1998), e elenca pressupostos da LDB, da Unesco e da Organização Mundial de Saúde, em especial esta última, trazendo as indicações do documento: ‘*Doctors for Health: a WHO Global Strategy for Changing Medical Education and Medical Practice for Health for all*’.

Por sua vez, o ensino dos trabalhadores de saúde de nível fundamental e médio teve destaque especialmente no campo da equipe de Enfermagem, com a criação do Projeto de Formação dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). Peduzzi e Anselmi (2006, p. 59) descrevem que este projeto consistiu numa iniciativa do Ministério da Saúde cuja finalidade foi promover a qualificação técnica da força de trabalho em enfermagem e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde públicos e privados. Realizou-se uma pesquisa acerca do mercado de trabalho de enfermagem, que demonstrou a existência de 35% do contingente que compõe a equipe enfermagem atuando nos serviços de saúde sem qualificação profissional, sendo que 25% desses trabalhadores não tinham concluído nem mesmo o ensino fundamental, um requisito legal para o exercício da função de auxiliar de enfermagem. Este projeto foi implementado tendo como fonte parcial recursos advindos do BID, do Tesouro Nacional e do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), e com suporte e cooperação técnica ofertada ao Ministério da Saúde pela UNESCO.

Rodrigues (2005, p. 45), em uma nota de rodapé, esclarece que este projeto ainda necessita de uma análise mais acurada, capaz de demonstrar as positivities e negatividades que emergiram no processo. No entanto, a autora destaca que em fóruns realizados no campo da Enfermagem, já foram lançadas hipóteses de que este projeto foi importante na ampliação da participação de escolas privadas na captação de recursos, “ou seja, foi um bom incentivo à privatização do recurso público na formação profissional”. Estamos de acordo com a recomendação de Rodrigues (2005) sobre a necessidade de uma análise mais acurada, tendo em vista a vinculação do projeto com OI e ainda a sua extensão em território nacional. Ao consultar sítios da rede de computadores, é possível verificar a grande quantidade de informações disponíveis. No entanto, esta temática foge do escopo de nosso trabalho.

A diversidade e a complexidade dos campos de atuação dos profissionais de saúde exigem um novo delineamento para o âmbito específico de cada profissão. No entanto, todos os profissionais deverão estar dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que possibilitem a sua interação e atuação multiprofissional, tendo como beneficiários os indivíduos e a comunidade, promovendo a saúde para todos. Resumimos abaixo estas competências:

- **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro do seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção e proteção e reabilitação da saúde, tanto a nível individual, quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual, quanto coletivo;

- **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada;

- **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem também manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura;

- **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidades para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

- **Administração e Gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

- **Educação Permanente:** Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.

Quadro 1: Competências Gerais Requeridas para os Profissionais da Saúde - Fonte: Ito, Ivama e Nunes (1998)

Com o início da gestão Luis Inácio Lula da Silva, em 2003, o organograma do Ministério da Saúde passou a incluir a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES - regimentada em 2003, pelo Decreto n. 4.726, de 09/06/2003), que congrega o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts). Naquele momento o Ministério da Saúde argumentava que: “A falta de profissionais com perfil adequado tem sido, ao lado de problemas de gestão e organização da atenção, um dos principais obstáculos para a melhoria da qualidade da atenção e para a efetividade do SUS” (BRASIL, 2004).

Na primeira metade do mandato de Luís Inácio observou-se uma ampliação dos participantes nas discussões sobre saúde, “revitalizando” antigos idealizadores da reforma sanitária, que passaram a fazer parte dos quadros do Ministério. Intensificaram-se os debates acerca de mudança nos modelos de formação dos trabalhadores, bem como a instituição de uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB-RH/SUS), tendo em vista que entre outras coisas, os trabalhadores do setor não possuem Plano de Cargos, Carreiras e Salários. Interessante nestes debates foi a tentativa de alteração do termo “recursos humanos” para “trabalhadores” da saúde.

Neste clima ocorreu a XII CNS (2003), recuperada por Pereira (2004, p. 376). Dentre os eixos temáticos propostos pelo Ministério da Saúde para os debates na Conferência, estava o de trabalho na saúde. Nas “Propostas e Diretrizes para os Eixos Temáticos”, cuja finalidade era subsidiar os debates, aparece a proposta de reversão do modelo de gestão do trabalho em saúde desenvolvido ao longo da década de 1990.

"[...] A gestão do trabalho e da educação na saúde é uma das prioridades do SUS nesse Governo;
Implementação de uma Política de Desprecarização do Trabalho em Saúde em que os vínculos trabalhistas e previdenciários não são respeitados;
Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS, o trabalho no SUS passe a ser encarado como Carreira de Estado;
Desenvolvimento de ações e criação de instrumentos que visem à humanização das condições e das relações de trabalho e entre profissionais e usuários; [...]" (BRASIL, 2003, citado por PEREIRA, 2004, p. 376)

Na avaliação de Pereira (2004, p. 376-7), os posicionamentos do Governo Federal indicavam uma intenção de romper com a concepção privatista de saúde que reinou ao longo dos anos 1990. Ela destaca a proposta de uma “Política de Desprecarização do Trabalho na

Saúde” como sendo um indicativo desta ruptura. Entretanto, é necessário lembrar que as contratações dos trabalhadores de saúde se efetuam no nível municipal.

Em 2003 foi criado o Comitê de Desprecarização do Trabalho no SUS. Os objetivos de sua atuação são expressas na Portaria nº 2430/GM lista os seguintes objetivos para o Comitê: fixação de diretrizes para o cadastramento nacional dos trabalhadores com vínculo de trabalho precário; monitoramento das formas de substituição do trabalho precário nas três esferas de governo; dimensionamento e estímulo à realização de concurso público nas três esferas de governo, em cumprimento ao princípio constitucional e de recomendações de resoluções das últimas Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos; realização de levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS; avaliação dos impactos financeiros das medidas propostas e suas repercussões em face da Lei de Responsabilidade Fiscal; divulgação das iniciativas adotadas na gestão do trabalho no SUS, de enfoque multiprofissional, que dignifiquem o trabalho humano e a conseqüente melhoria dos serviços de saúde no País; apoio e estímulo a criação de Comitês Estaduais e Municipais de Desprecarização do Trabalho; e elaboração de políticas e formulação de diretrizes para a desprecarização do trabalho no SUS (BRASIL, 2003).

No que tange à formação dos trabalhadores da saúde, o Ministério da Saúde do Governo Luis Inácio Lula da Silva, na gestão do Ministro da Saúde Humberto Costa, assumiu a educação permanente dos trabalhadores do setor como estratégia central para a mudança do modelo assistencial hegemônico no país, a fim de se alcançar a integralidade da assistência:

A integralidade da atenção à saúde supõe, entre outros aspectos, a ampliação e o desenvolvimento da *dimensão cuidadora* no trabalho dos profissionais para que se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensíveis às dimensões do processo saúde-doença não inscritos nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica. (...) Destaca-se que a atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais da saúde (para que efetivamente constituam equipe multiprofissional) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se desenvolva efetivamente a autonomia dos usuários). (BRASIL, 2004, p. 1)

Entretanto, é possível supor que a mudança na estratégia formativa dos trabalhadores é capaz de alcançar uma integralidade da assistência, tendo em vista que tanto o modelo de cuidado à saúde, quanto à própria situação de saúde do Brasil possui raízes históricas que vão

além de uma inadequação do ensino/ação dos profissionais? Ademais, é complicado supor que o cuidado à saúde se reduz à dimensão existente entre quem cuida e quem recebe o cuidado, considerando-se que o estado de saúde de um indivíduo e comunidade é decorrente de um conjunto de determinantes, não apenas biológicos, mas principalmente econômicos e sociais. Com certeza, é premente uma mudança nos modelos formativos dos trabalhadores do setor, mas não se pode deduzir que isto levará linearmente a uma melhora nas condições de saúde. Neste sentido, esta estratégia do Ministério da Saúde parece estar de acordo com o discurso internacional que situa a origem e a possibilidade de resolução dos problemas de saúde nos trabalhadores do setor.

Em março de 2006 aconteceu a 3ª Conferência Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, cujo tema foi “Trabalhadores da saúde e a saúde de todos: práticas de trabalho, gestão, formação e participação”. Esta conferência foi amplamente divulgada, e os eixos temáticos debatidos durante ela foram: Gestão do trabalho; Educação na Saúde; Participação do trabalhador na gestão e negociação do trabalho e na gestão da educação na saúde; Financiamento do trabalho e da educação na saúde pela União, pelos estados e pelos municípios; Controle social na gestão do trabalho e educação na saúde; e produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação, com foco no cuidado e na saúde do trabalhador do SUS.

Atualmente, a legislação vigente sobre a gestão pública do trabalho no SUS baseia-se na Constituição Federal de 1988; na Lei 8080/90; na Lei 8142/90; na Lei Federal 8.666/93; na Lei Federal nº 8.745/93; na Lei Complementar nº 82/95 (Lei Camata); e pela Lei Complementar nº 101/2000 (REZENDE, 2005).

Por fim, dentre os argumentos que associam na defesa pelo estabelecimento de “Políticas de Recursos Humanos em Saúde” no Brasil, estão as afirmações de Sayd, Vieira Junior e Velandia (1998). Estes autores descrevem a atual configuração do mercado de trabalho, afirmando que os setores primário e secundário da economia, em função do avanço tecnológico, estariam perdendo seu poder de gerar empregos, especialmente em relação a trabalhadores com baixa instrução formal. Mas no setor terciário isto se daria de modo diferente, ou seja, em algumas atividades deste setor estaria havendo uma ampliação dos postos de trabalho, incluindo a área de saúde e outras áreas vinculadas ao sistema de proteção social. Deste modo, os autores defendem a discussão de “políticas de recursos humanos” em

saúde não apenas do ponto de vista das carências sanitárias, mas também como uma estratégia de políticas de emprego.

2.3.2. – Considerações sobre a organização do trabalho em saúde no Brasil

Em relação às mudanças que se verificam atualmente no mundo do trabalho e suas manifestações no setor da saúde, Pires (1998, p. 174), a partir das informações obtidas em seu estudo, assevera que o “modelo tradicional” de organização do trabalho assistencial em saúde segue a lógica do trabalho profissional do tipo artesanal e a lógica do trabalho parcelado da divisão manufatureira do trabalho. As ações de saúde são compartimentalizadas com poucos espaços de integração, e o trabalho profissional co-existe com a divisão parcelar e pormenorizada do trabalho, sob relações hierárquicas de comando. Segundo a autora, “o trabalho parcelado se verifica mais explicitamente, nas atividades de apoio e no âmbito do exercício de profissões como a enfermagem, a fisioterapia, nutrição e farmácia”.

Para Sayd, Vieira Junior e Velandia (1998, p. 167),

(...) os processos em saúde promovem uma crescente coletivização das atividades, a integrar profissionais de diversas áreas e níveis de formação, tanto em uma unidade prestadora de serviços como em um sistema de saúde. Soma-se a este aspecto a natureza de manufatura do processo de divisão técnica do trabalho coletivo em saúde, sendo indispensável o envolvimento de uma força de trabalho com elevado grau de habilidade e familiarizada com sua tarefa.

Estes autores defendem a necessidade de racionalizar o processo de trabalho em saúde com vistas a dimensionar as atividades de acordo com seu grau de complexidade, envolvendo o quanto menos os profissionais de formação superior em atividades simples. Estes profissionais

(...) devem ser responsáveis pelas atividades mais complexas, inclusive gerência e supervisão de outros trabalhadores; tarefas mais elementares podem ser resolvidas por trabalhadores treinados em níveis menos avançados. A correta proporção de trabalhadores de nível superior e auxiliar nas atividades de saúde garantiria não somente a manutenção da qualidade e da produtividade, mas também um menor custo. (SAYD, VIEIRA JUNIOR e VELANDIA, 1998, p. 167)

Rodrigues (2005, p. 79), baseada em fontes secundárias, descreve como se dão as relações contratuais no setor da saúde, que na atualidade se organizam num perfil precarizado, com instabilidade, num contexto de crescente terceirização. “Diante destas constatações é possível afirmar que, embora exista um aumento no número de empregos, as características que tem se acentuado são as de relações de trabalho flexibilizadas”.

Pereira (2004, p. 370), afirma que a década de 1990 no Brasil foi marcada pela “persistência de um cenário de múltiplas formas de contratação, flexibilização e gestão de pessoal, e a perda de direitos trabalhistas, sociais e previdenciários dos trabalhadores em saúde e em geral”. A autora o classifica como um cenário de precarização das relações de trabalho.

Nessa mesma direção, Medeiros e Rocha (2004, p. 401) recuperam a análise de Barros *et al.* (1991)⁵⁰ sobre os problemas enfrentados pela força de trabalho em saúde no Brasil no início da década de 1990. Os autores listam: heteronomia salarial; jornada de trabalho diferenciada e desigual; critérios arbitrários para ascensão funcional; ausência de Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS); falta de avaliação de desempenho ou avaliações realizadas sem critérios explícitos; ausência de diretrizes e princípios técnico-institucionais no processo de contratação por clientelismo; baixos salários; ausência de uma política de educação continuada; polarização nas categorias majoritárias de médicos e pessoal sem formação específica (atendentes, agentes de saúde e similares); sobrecarga de trabalho para alguns profissionais ou ocupacionais, com processo simultâneo de subutilização de outros trabalhadores; excesso de profissionais e/ou ocupacionais na totalidade dos dados quantitativos da força de trabalho, porém, com deficiência em setores básicos e essenciais.

As autoras consideram que este quadro, uma década depois, continua atual, com o agravante da fragilização dos vínculos empregatícios e a utilização da estratégia de multiemprego por parte da força de trabalho (MEDEIROS, ROCHA, 2004, p. 401). Segundo as mesmas autoras (2004, p. 405), a expansão do multiemprego em saúde é uma forma de compensar as perdas salariais, tornando o trabalho polivalente, desgastante, intenso e estressante, processo este associado à Terceira Revolução Industrial.

Este capítulo pretendeu explicar como o padrão de uso e controle da força de trabalho se vincula à adoção de determinado modo de provisão de políticas sociais, em específico,

⁵⁰ BARROS, S. M. P. F.; SILVA, N. F.; CHRISTÓFARO, M. A. C. Recursos humanos de saúde: um desafio estratégico para a qualidade da assistência de saúde e para a organização do SUS com ênfase na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 44(1):7-9, 1991.

como a gestão do trabalho participa nas políticas sociais contemporâneas, ou seja, no processo de focalização das ações e serviços sociais. Considerando que os trabalhadores são os sujeitos que atuam diretamente no fornecimento de determinado padrão de serviços, sua ação e formação se tornam elementos estratégicos para assegurar ao Estado o seguimento das políticas preconizadas.

Deste modo, o Estado lança mão de políticas de gestão da força de trabalho que compreendem estratégias de uso e controle da força de trabalho. Estas estratégias são amplas, incluindo desde mecanismos de recrutamento, seleção, contratação e remuneração, até a formação e avaliação da força de trabalho. Conforme se viu no tópico relativo ao trabalho em saúde, tanto a definição do objeto de trabalho em saúde como da organização do trabalho em saúde no capitalismo são moldadas para que não ocorra uma reflexão sobre os determinantes da saúde e do adoecer humano. Os trabalhadores são formados dentro do modelo biomédico e o trabalho é organizado num esquema hierárquico e fragmentário. Apesar disso, no campo da formação e da prática profissional, existem espaços contraditórios que permitem o exercício da crítica e de outros modelos assistências contra-hegemônicos. Isso recoloca sistematicamente novos padrões de uso e o controle da força de trabalho em saúde.

Com o intuito de discutir estas questões com maior profundidade, o próximo capítulo será dedicado à análise das propostas atuais difundidas pelos Organismos Internacionais escolhidos para esta pesquisa, ou seja, o Banco Mundial, a OMS e a OPAS, relacionadas com a gestão do trabalho em saúde, e que incluem estratégias de formação dos trabalhadores.

CAPÍTULO 3

CONCEITOS CENTRAIS DA AGENDA DE REFORMA EM SAÚDE

No Capítulo 1, foi possível identificar que os Organismos Internacionais que defendem a necessidade de reformas de caráter neoliberal nos países periféricos, no setor de saúde, partem de um diagnóstico comum: uma pretensa crise fiscal do Estado e também um cenário de ineficiência e iniquidade dos sistemas nacionais de saúde. Neste capítulo, será possível verificar empiricamente que os argumentos permanecem essencialmente iguais, mesmo em documentos mais recentes dessas instituições.

Mendes (2005, p. 9-10) esclarece que a alteração do papel do Estado, intensificada na década de 1990, faz parte de um longo processo de reformas que deve ser entendido em dois estágios. Fundamentado em autores como Souza e Carvalho (1999) e Almeida (1999)⁵¹, o autor afirma que o primeiro estágio diz respeito às propostas construídas no âmbito da hegemonia das políticas neoliberais dos anos 1980, centradas na contenção de custos e controle dos gastos, deixando as políticas sociais para um segundo plano. O segundo estágio é intensificado na década de 1990, e centrado nos aspectos gerenciais do Estado.

De certa forma, os dois estágios diferenciam-se no âmbito do conteúdo de suas propostas de reformas. Segundo Souza e Carvalho (1999), no primeiro, a ênfase recai sobre a racionalização dos recursos fiscais e, no segundo, o enfoque é dirigido, principalmente, para a eficiência dos serviços públicos, entendida por: otimização dos recursos humanos e financeiros; democratização, envolvendo a comunidade nas decisões das políticas públicas; e descentralização para os governos subnacionais das responsabilidades de provisão dos serviços sociais. (MENDES, 2005, p. 11)

Muito embora os sistemas de saúde dos países periféricos tenham sido alvo dos processos de amplas reformas e estejam hoje vivenciando as conseqüências de tais processos, os difusores das idéias reformistas parecem ignorar tal fato. Continuam propondo “novas” recomendações, as quais estariam pautadas em estudos efetuados por técnicos especializados e de capacidade técnica indiscutível.

⁵¹ SOUZA, Celina; CARVALHO, Iná M. M. Reforma do estado, descentralização e desigualdades. **Lua Nova**, São Paulo: Cedec, n. 48, p. 187-212, 1999; ALMEIDA, Célia. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Abrasco, v. 4, n. 2, 1999.

Para justificar tal fato, nos documentos que serviram de base para o presente estudo, relacionados com as novas modalidades de gestão do trabalho nos sistemas nacionais de saúde e com a implementação de “Políticas de Recursos Humanos em Saúde”, aparece o diagnóstico de duas crises que precisariam ser solucionadas. Uma crise estaria acometendo o sistema capitalista mundial, e a outra os sistemas nacionais de saúde. Em função da necessidade de solucionar essas crises, o discurso que apregoa a necessidade de continuidade das reformas setoriais em saúde assume um caráter de urgência na medida em que associa os problemas do setor à ideologia de alívio/combate à pobreza.

A preocupação com as crescentes inadequações no estado de saúde, problemas no acesso, queda nos retornos dos investimentos em cuidados de saúde e a dificuldade de controlar os crescimentos nos custos levou muitos países a se engajarem em reformas nos seus setores de saúde. Nos países de baixa renda, organizações internacionais multilaterais e bilaterais assim como grandes fundações assumiram como maior prioridade a saúde como componente essencial na luta contra a pobreza.⁵² (DUSSAULT, DUBOIS, 2004, p. 1)

A ineficiência dos sistemas de saúde pode ser medida pela forma como são alocados os recursos no setor (Banco Mundial, 1997)⁵³, que há muito demonstram ausência de correlação entre os gastos em saúde e indicadores como esperança de vida e mortalidade infantil. Ainda mais, considerando a distribuição desigual desses recursos e serviços, que contribui para acentuar as desigualdades sociais, o aparato de saúde e conseqüentemente o investimento a ele dispensado, se afasta da real necessidade do usuário. (DAL POZ, PIERANTONI, VARELLA, 1997, p. 2)

Ressaltando a crise do capitalismo mundial, argumentam pela necessidade de contenção dos investimentos em saúde (tratados como gastos) associada a uma otimização dos recursos destinados à rede pública. Este argumento é respaldado pela “constatação” de que não haveria correlação entre “gastos” e resultados em termos de saúde. Este debate está presente em Dussault e Rigoli (2003), para os quais, os países (ricos e pobres) devem se submeter aos processos de reforma em face dessa fraca correlação entre o volume de recursos

⁵² “The concern with growing inequalities in health status, problems of access and falling returns for investments in health care and the difficulty of controlling the growth of costs have prompted most countries to engage in reforms of their health sector. In low-income countries, multilateral and bilateral international organizations as well as major foundations now give a high priority to health as an essential part of the fight against poverty.” [tradução livre]

⁵³ WORLD BANK. *Innovations in Health Care Financing: proceedings of a World Bank Conference*. Washington, D. C.: Edited : George J. Schieber, 1997.

despendido no setor e os resultados no estado de saúde da população. Por sua vez, Médici (1995)⁵⁴, citado por Dal Poz, Pierantoni e Varella (1997, p. 2), afirma que:

Dado que os gastos com saúde e os custos dos sistemas de saúde tendem a crescer mais do que os índices de preços e que, a partir de um determinado nível, o aumento dos gastos de saúde não traz maiores incrementos na expectativa de vida da população, torna-se necessário estabelecer medidas que permitam racionalizar os gastos com saúde.

Essas posições permitem algumas reflexões iniciais. Primeiro, deslocam a origem das desigualdades sociais, afirmando que a saúde é uma das responsáveis pelo nível de pobreza existente em muitos países, e inclusive colabora com o aprofundamento desta condição. É o mesmo que aparece, por exemplo, no documento do Programa de Promoção da Reforma Educativa da América Latina e Caribe (PREAL), programa vinculado à UNESCO, que relaciona a educação deficiente com a pobreza, fragmentação e exclusão social encontradas na América Latina (UNESCO. PRELAC, 2002, p. 3).

Além disso, os propositores de continuidade nas reformas setoriais acabam centrando suas justificativas na relação custo-benefício, ignorando conhecimentos que comprovam que o estado de saúde de uma população não decorre exclusivamente das intervenções específicas em saúde, como vacinações e medicações, mas que resultam de um conjunto complexo de determinantes sociais, biológicos, ambientais, culturais e econômicos. Afirmar que não há correlação entre investimento em saúde e melhoria nos indicadores seria o mesmo que afirmar que a introdução de computadores nas escolas públicas não gerou impacto positivo nos índices de fracasso escolar. Este argumento pode ser contestado ainda mais se for levado em consideração o montante reduzido de recursos destinados às políticas sociais de forma geral.

Na sequência serão explorados os principais conceitos utilizados para a construção do discurso de defesa de reformas na saúde identificados em documentos recentes de Organismos Internacionais, principalmente do Banco Mundial e da OPAS⁵⁵. Dussault e Rigoli (2003) situam as reformas setoriais de saúde dentro do espectro mais amplo de reformas

⁵⁴ MÉDICI, A. C. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: VIANNA, S. M.; PIOLA, S. F. (Org.). **Economia da Saúde: conceito e contribuição para a economia da saúde**. IPEA: Brasília, 1995.

⁵⁵ Fundamentalmente, este estudo está baseado nos textos **Produtividade e Desempenho dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde** (DAL POZ, PIERANTONI, VARELLA, 1997); **Guia de Metodologias para Análise de Sistemas de Remuneração e Incentivos dos Recursos Humanos do Setor Saúde** (DAL POZ, VARELLA, 2002), ambos publicados pela OPAS; e *Human Resources for Health Policies: a critical component in health policies* (DUSSAULT, DUBOIS, 2004); **The interface between sector reform and human resources for health** (DUSSAULT, RIGOLI, 2003), publicados pelo Banco Mundial.

estatais cujo objetivo seria a melhora da eficiência, equidade de acesso e qualidade dos serviços públicos em geral. Os autores destacam que embora existam especificidades que tornam diferentes os processos de reforma em cada país, a tendência comum é perseguir melhores resultados (em termos de quantidade e qualidade dos serviços) com utilização dos mesmos ou de menos recursos. Na saúde isto seria expresso pela melhoria da equidade do acesso aos serviços, da eficácia do cuidado, na utilização eficiente dos recursos, na satisfação dos usuários e, na sustentabilidade (*sustainability*). Segundo os autores, os conceitos comumente declarados como sendo objetivos das reformas, são os de eficiência, qualidade e equidade (DUSSAULT, RIGOLI, 2003, p. 3).

De fato esta afirmação pode ser comprovada a partir da leitura dos textos, onde, de modo geral, os objetivos de eficiência, qualidade e equidade estão sempre presentes. Da mesma forma, as proposições presentes nos documentos estudados dos diferentes organismos apresentam um significativo grau de homogeneidade, tendo os mesmos eixos centrais em seus discursos, representando um movimento orquestrado de propostas políticas para a região.

Após a leitura, conclui-se que a lógica comum aos documentos estudados é a lógica da produtividade, embora ela seja apresentada como uma estratégia para alcançar a eficiência. Em função disto, a produtividade será o primeiro conceito a ser trabalhado neste capítulo. Na sequência será realizada uma discussão acerca da eficiência, equidade e qualidade, e as estratégias envolvidas para o seu alcance.

3.1 – A lógica e os conceitos que fundamentam as propostas de reformas

Dussault e Rigoli (2003, p. 2-3), descrevem que a tríade conceitual expressa pelos objetivos de eficiência, equidade e qualidade, tende a ser comuns a todos os países. Os autores explicam que estes consistem nos objetivos declarados pelos países. É importante atentar para o termo “objetivos declarados” (*declared objectives*), pois há uma evidente referência à possibilidade de uma diferença entre o discurso daqueles que apregoam a necessidade de reformas e o que realmente se pretende de fato.

Esta tríade de objetivos é descrita por Macêdo (1997), representante da OPAS no Brasil, quando o autor realiza uma análise sobre os sucessos e os fracassos da saúde pública

na América Latina. Em relação aos fracassos, o autor partiu das taxas de morbi-mortalidade na região para descrever as desigualdades entre os diversos países, e dentro de um mesmo país, tomando como exemplo o caso brasileiro, numa comparação entre as regiões nordeste, sul e sudeste. Assim, ele descreve:

As desigualdades nos indicadores de saúde expressam também grandes iniquidades no acesso aos serviços, com grandes concentrações de recursos e áreas e grupos da população sem coberturas efetivas. A desigualdade responde em grande medida pela baixa eficácia social dos sistemas de saúde na Região. Ademais, a ineficiência no uso dos recursos disponíveis é outro fator maior de ineficácia e, inclusive, da própria iniquidade. As deficiências de liderança, de organização, de gestão, de práticas específicas, etc. são causas de grandes desperdícios, ociosidade e baixa produtividade, qualidade deficiente, perda de oportunidades de ação efetiva, etc. Estima-se que mais ou menos 30% dos recursos disponíveis para a atenção de pessoal de saúde são desperdiçados; ainda a metade disso equivaleria a, pelo menos, US\$ 15 bilhões anualmente. A ineficiência e as várias expressões de suas conseqüências ou origens são outros tantos indicadores dos fracassos. (MACÊDO, 1997, p. 10)

Ainda no âmbito da OPAS, nas comemorações do centenário de sua criação, a Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde (OPAS/OMS) organizou um texto intitulado “A Nova Geração das Reformas nas Américas”, onde faz referência a um fórum realizado pelo Conselho Diretivo da OPAS, em 1995. Neste fórum, os governos membros da OPAS teriam definido cinco “princípios reitores” que deveriam guiar as transformações nos sistemas de saúde das américas e também servir de base para o seguimento e avaliação das reformas. Os “princípios reitores” das reformas seriam: equidade, eficiência, efetividade e qualidade, sustentabilidade, e participação social (OPAS/OMS, 2001, p. 7).

Por ocasião da Primeira Reunião de Cúpula do Hemisfério, em 1994, os governos da América Latina e do Caribe identificaram a necessidade de contar com uma rede que apoiasse a reforma sanitária, para que as ações tivessem seguimento e também fossem avaliadas. Assim, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e a OPAS/OMS lançaram a “Iniciativa Regional de Reforma do Setor Saúde na América Latina e no Caribe” (LACHSR) (OPAS, OMS, 2005). Segundo as informações presentes no *website*, além de examinar o rumo tomado pelas reformas, essa iniciativa vislumbra também proporcionar

(...) assistência técnica aos países da Região para elaborar, executar e monitorar os processos nacionais de reforma do setor saúde. Ela trabalha

com os principais problemas não solucionados pelas reformas durante a década de 90: Desenvolvimento de Recursos Humanos; Fortalecimento da Função Reitora; Funções Essenciais de Saúde Pública; e Extensão da Proteção Social na Saúde. Outras iniciativas, como a de Parceiros para Reforma da Saúde (PHRPlus) colaboram com a Iniciativa. (OPAS, 2005)

Em OPAS/OMS (2001, p. 10-13), estão presentes os resultados observados pela iniciativa em termos dos “princípios reitores” das reformas na América Latina e Caribe. Seriam eles:

- **EQUIDADE:** Somente algumas das reformas parecem estar contribuindo para a redução das disparidades na cobertura de alguns serviços e programas básicos. Na maioria dos países, as reformas NÃO estão contribuindo para a redução das disparidades na distribuição dos recursos e serviços.
- **EFETIVIDADE E QUALIDADE:** Relativamente pouco avanço no que diz respeito a melhoria da efetividade global do sistema e no cumprimento dos objetivos de qualidade da atenção ou da satisfação dos usuários.
- **EFICIÊNCIA:** Houve mais avanço na produtividade e no desenvolvimento de métodos de aquisição de insumos do que na reorientação da distribuição de recursos.
- **SUSTENTABILIDADE:** Existem esforços para limitar os gastos ao nível de ingresso no sistema, porém poucos países estão gerando um aumento de recursos a um médio ou longo prazo para ampliar ou manter o nível atual de prestação de serviços; situação que é agravada pela grande dependência de financiamento externo e falta de mecanismos para substituir estas correntes de recursos quando acabam.
- **PARTICIPAÇÃO SOCIAL:** Existem indícios de uma maior receptividade dos governos como resultado dos planos de reformas do setor da saúde. Este fato introduz importantes contrapesos no sistema, porém ainda fica a dúvida se isso influenciará a reorientação do rumo das reformas.

Quadro 2: Resultados obtidos a partir dos princípios reitores de reformas na América Latina e Caribe
Fonte: OPAS/OMS, 2001

Durante o “Seminário Internacional: tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas”, realizado na cidade de São Paulo, em 2002, nos textos utilizados para fomentar as discussões estava presente a tríade conceitual já descrita. Serão tomados aqui dois textos ilustrativos disso. O primeiro foi apresentado pelo representante do Banco Mundial, e o segundo, pela representante do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

No texto intitulado “Reforma do Sistema de Saúde na América Latina e no Caribe e o Banco Mundial”, o seminarista Jerry Laforgia, representante oficial do Banco Mundial, responde à pergunta “por que reformar o setor saúde?” com os seguintes elementos:

- Melhorar a saúde da população
- Fortalecer a qualidade e o acesso
- Aumentar a eficiência macro e micro econômica
- Fortalecer a efetividade clínica e de custos

- Melhorar a qualidade dos serviços e a satisfação dos usuários (LAFORGIA, 2002, p. 11)

No segundo texto apresentado naquele mesmo Seminário, Silvia Raw, representante do BID, afirmou que após uma “década perdida”, referindo-se aos anos de 1980, os anos 1990 se caracterizaram pela ênfase “no social”. Assim, a preocupação agora seria com “eficiência, custo-efetividade, acesso e cobertura, focalização e qualidade”. Afirma ainda que “reformas estruturais avançam do econômico ao social” (RAW, 2002, p. 7).

Essas questões também estão presentes no cenário nacional, como por exemplo em um artigo que resume o Informe Final de um estudo realizado pelo IPEA com a aplicação do Método Delphi no âmbito do sistema de saúde brasileiro (PIOLA, VIANNA e VIVAS-CONSUELO, 2002). O objetivo do estudo consistiu em traçar as principais tendências do sistema de saúde brasileiro para a primeira década do século XXI. Chamou a atenção o fato de que, embora consista num estudo voltado para o Brasil, os conceitos presentes na parte da pesquisa que tratou dos valores sociais sobre a saúde estão em concordância com os conceitos declarados internacionalmente para a reforma. Nessa direção, as diretrizes e os princípios do SUS, que deveriam nortear as políticas de saúde, parecem terem sido “esquecidos”. De acordo com os resultados obtidos, os autores afirmam:

A qualidade técnica e a equidade foram consideradas como os dois atributos do sistema de saúde mais valorizados atualmente pela sociedade. Na ordenação dos atributos para a próxima década, a equidade, considerada atualmente o segundo atributo mais importante, passa a ser o terceiro, precedido pela qualidade técnica (1º) e o respeito aos direitos dos pacientes (2º). A participação social ocupa o quinto lugar e a eficiência alocativa o último, tanto na avaliação da conjuntura atual como na situação prevista para a próxima década. (PIOLA, VIANNA, VIVAS-CONSUELO, p. 183, 2002)

Os atributos do sistema de saúde que seriam os mais valorizados pela sociedade, de acordo com o estudo citado, estão presentes nesta tabela que é aqui reproduzida:

Tabela 1

Atributos do sistema de saúde mais valorizados pela população.

Atributos	Ordem de importância	
	Atual	Futura
Qualidade técnica	1	1
Equidade	2	3
Respeito aos direitos do paciente	3	2
Eficiência técnica	4	4
Participação	5	5
Eficiência alocativa	6	6

Fonte: (PIOLA, VIANNA, VIVAS-CONSUELO, 2002, p. 183)

Como pode se observar, nem sempre aparece apenas a tríade dos conceitos eficiência, equidade e qualidade. Mas no conjunto, eles se constituem nos conceitos mais presentes, como foi anunciado por Dussault e Rigoli (2003). A cada um desses conceitos relaciona-se um conjunto de estratégias cujo objetivo é o sucesso das reformas. A fim de apresentar um panorama do assunto, foi elaborado um quadro onde estão relacionados os principais conceitos encontrados nos documentos consultados e as estratégias descritas para que eles sejam alcançados. No quadro 3, os conceitos são tratados como objetivos da reforma, tendo em vista que esta é a denominação que recebem nos documentos consultados.

OBJETIVOS DA REFORMA	ESTRATÉGIAS
Eficiência	Produtividade Descentralização Terceirização Medidas de retração da equipe Reengenharia
Equidade	Ampliação da cobertura assistencial Redistribuição geográfica Novos mecanismos de contratação
Qualidade	Elevação da qualificação Novas configurações do trabalho

Quadro 3: Objetivos e Estratégias das Reformas Setoriais em Saúde

Fonte: Elaboração da autora (baseada nas informações contidas em DUSSAULT, DUBOIS, 2003)

A produtividade é considerada uma das estratégias para se alcançar a eficiência dos sistemas de saúde. No entanto, conforme foi anunciado na introdução deste capítulo, o

conceito de produtividade expressa a lógica economicista que perpassa os conceitos de eficiência, equidade e qualidade, e portanto receberá um tratamento particular. Neste sentido, na continuidade serão analisados a lógica da produtividade e os conceitos de eficiência, equidade e qualidade, declarados como objetivos das reformas, assim como as estratégias de alcance, destacando as relações existentes com a questão da gestão e da formação dos trabalhadores de saúde.

3.1.1 – A lógica da produtividade

A produtividade circunscreve o ideário de reformas no setor da saúde divulgado por Organismos Internacionais, e há evidências de que a lógica da produtividade esteja reorientando as propostas de gestão do trabalho, que circunscrevem também a formação dos trabalhadores da área da saúde.

As discussões acerca da mensuração da produtividade em setores públicos vinculados com políticas sociais, como é o caso da saúde, são bastante problemáticas. Não o seriam se se tratasse de serviços de saúde privados, regidos pela lógica do mercado. Sobre este pantanoso terreno é que iniciaremos as discussões deste tópico, para que, num segundo momento quando for apresentada como a noção de produtividade aparece nos documentos analisados, fundada na relação ótima entre custo/benefício, o leitor possa compreender a qual marco teórico a lógica da produtividade presente nos documentos consultados se filia.

O conceito de produtividade é cercado por muitas discussões e, de modo geral, dentre os autores consultados, pode-se dizer que existem tantos posicionamentos quantos são os estudiosos que tratam da questão. Certamente, o que se pretende com esta aproximação inicial à temática não é a busca pelo consenso. Entretanto, este exercício é preciso, tendo em vista que o debate sobre a mensuração da produtividade no setor da saúde perpassa toda a problemática da gestão e formação dos trabalhadores do setor.

Antes de entrar propriamente na questão da produtividade, faremos uma breve incursão sobre o setor de serviços, onde está inserido o setor de saúde, e como o trabalho é

entendido nestes setores. Baseada em Bravermann (1981)⁵⁶, Pires (1998, p. 69) afirma que para ele “o *setor de serviços* cresce nas sociedades capitalistas deste século porque a penetração do capital nos diversos setores da vida transforma antigas formas de cooperação mútua, social, comunitária e familiar, em atividades comercializáveis no mercado”. Autores de outros matizes de pensamento, como Clauss Offe (1995), chegam a afirmar que a expansão do setor de serviços seria representativa do fim do trabalho como uma categoria sociológica central. A discussão aqui não é esta, mas lhe é tangente.

Jorge (2000, p. 01-2), na busca de definir o que seria um serviço, encontrou ao menos quatro características atribuídas aos serviços: simultaneidade de produção e consumo; perecibilidade e intangibilidade, que implicam em sua não estocabilidade; múltiplas possibilidades de oferta (provisão, auto-serviço e co-produção); e dificuldade de padronização dos serviços.

Este autor encontrou também duas definições principais para serviços. A primeira definição é de Riddle (1987): “são atividades econômicas que provêm tempo, local e uma forma de utilidade, enquanto provocam uma mudança no ou para o receptor do serviço”. Uma segunda definição é de Hill (1977), mas que segundo Jorge (2000, p. 2) pode também ser encontrada em citações de diversos autores como Zarifian (1997), Kon (1996) e Sherwood (1994), entre outros. Esta definição é a seguinte: “um serviço é a transformação da condição de um indivíduo ou de um bem pertencente a um agente econômico qualquer, resultante da atividade de um outro agente econômico, por demanda ou acordo (prévio) do primeiro indivíduo ou agente econômico”.

Mas Jorge (2000, p. 05) descreve que também é possível definir o setor de serviços com base no produto, função, destino, utilização de conhecimento ou informação ou ainda por uma conjugação destes critérios. A classificação mais utilizada, conforme o autor, foi criada por Fischer (1935), e é vinculada ao produto da atividade, ou seja, os setores econômicos são divididos em primário, secundário e terciário, sendo que os serviços se incluem no último. Neste ponto, é útil recuperar a idéia de “cadeia produtiva”, que leva a considerar que ao invés de uma separação estanque entre os três setores, há uma relação de continuidade e mútua influência/dependência no processo de valorização do capital.

⁵⁶ BRAVERMANN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

Por sua vez, Pires (1998, p. 69) caracteriza o setor de serviços considerando que seu resultado “pode ser uma mercadoria vendável ao consumidor – como alimentos produzidos em um restaurante – ou a produção e o consumo são indissociáveis, ocorrem simultaneamente – como a prestação dos serviços de saúde”.

Pires (1998, p. 63) levanta a problemática de que ao estudar a produção teórica sobre trabalho no setor de serviços, percebe-se que todos os autores referem-se às reflexões de Marx sobre o trabalho, “seja reafirmando suas reflexões, no todo ou em parte, seja criticando ou refutando-as”. Será realizada uma breve contextualização acerca das questões que se levantaram sobre trabalho produtivo e improdutivo em Marx e a partir dele, com seus leitores e críticos. Vale salientar que ao tratar do trabalho, produtivo ou improdutivo, Marx o concebia como atividade humana e, portanto, transportar essas considerações para um setor, algo muito mais amplo, não consiste em atividade teórica consistente. Como se verá, os debates acerca da produtividade no setor de saúde possuem outro teor, e é justamente para tornar clara esta diferença que se realizarão agora as considerações sobre o trabalho produtivo.

Marx considera que produtivo é todo o trabalho que produz diretamente mais-valia, ou seja, que está diretamente relacionado com a valorização do capital. Assim, não importa o conteúdo concreto do trabalho, ou seja, o caráter de uso da mercadoria que este trabalho produz, e sim a relação econômica estabelecida entre o sujeito trabalhador e aquele que contratou seu trabalho, cujo objetivo deve ser a produção de mais-valia⁵⁷. Na sociedade capitalista, o trabalho produtivo assumiu o caráter de trabalho assalariado. Pires (1998, p. 65), baseada em Marx, considera que “o trabalho nos serviços torna-se assalariado e tem essa identidade com o trabalho produtivo, no entanto, se trocam seus serviços (trabalho como valor de uso) por dinheiro, não produzem mais-valia num processo de autovalorização do capital”. Deste modo, o trabalho pode ser assalariado e improdutivo. A autora conclui que “considerando-se o conjunto das reflexões de Marx, percebe-se que o trabalho em serviços pode adquirir caráter produtivo ou não, dependendo do tipo de relação econômica que se estabelece” (PIRES, 1998, p. 65).

⁵⁷ A mais-valia, referente a um sobre-trabalho que é extraído dos trabalhadores, foi conforme Marx (1985), classificada em mais-valia absoluta e mais-valia relativa: “A mais-valia produzida pelo prolongamento da jornada de trabalho chamo de mais-valia absoluta; a mais-valia que, ao contrário, decorre da redução do tempo de trabalho e da correspondente mudança da proporção entre os dois componentes da jornada de trabalho chamo de mais-valia relativa” (MARX, 1985, p. 251). A intenção dos capitalistas é ampliar cada vez mais o volume da mais-valia extraída, condição possibilitada pelo aprimoramento das formas de exploração da força de trabalho.

Jorge (2000, p. 18-19) também tece considerações sobre esta questão no interior da escola marxista⁵⁸. De acordo com o autor, haveria dois posicionamentos no seio dos seguidores da escola marxista, o que configura esta questão como controversa no seu próprio interior. A primeira consideraria produtivo o trabalho “gerador de excedente”, ou seja, de mais-valia. Para que a atividade se configure como produtiva, segundo o autor, haveria duas condicionalidades: pressuporia uma forma de exploração capitalista (relação de assalariamento); e “exclui o processo de circulação, dado que a mais-valia surge exclusivamente no processo de produção”. Ele esclarece que esta definição é bem ampla, e que conforme ela, “pode-se aceitar como produtivos os serviços organizados em bases capitalistas, capazes de gerar mais-valia. Assim, um professor universitário a serviço do Estado é um trabalhador improdutivo. Ao lecionar em uma universidade privada, porém, ele se torna produtivo”. Esta posição é a mesma apresentada por Pires (1998).

A segunda posição acerca do trabalho produtivo a partir da obra de Marx seria expressa de acordo com a espécie de capital que remunera o trabalho. Deste modo, pautado nas afirmações de Righi (1987), Jorge (2000) considera que seria produtivo

o trabalho pago com capital industrial. Funcionários públicos, excluídos os das empresas estatais, cuja remuneração provém principalmente de receita tributária; trabalhadores em serviços pessoais, comércio ou setor financeiro, cujos proventos provém de renda, lucro comercial ou juro, seriam todos improdutivos, pois estes recursos representam deduções da mais-valia gerada na economia. (JORGE, 2000, p. 19)

Jorge (2000) salienta que a partir da escola keynesiana, os debates se centraram na dinâmica do setor de serviços e no papel desempenhado por ele no processo de desenvolvimento econômico, e não mais no caráter do trabalho desempenhado neste setor. Na tentativa de responder quais seriam as justificativas de que somente a escola marxista ainda discute se o trabalho no setor terciário é produtivo ou não, Jorge (2000, p. 22-3) infere que:

A distinção entre trabalho produtivo e improdutivo tem como pano de fundo explicitar a origem do excedente. Ou seja, mascarando-se a origem do lucro, a mais-valia, oculta-se as contradições inerentes ao sistema capitalista,

⁵⁸ Em seu trabalho, Jorge (2000, p. 11) apresenta as concepções de outras escolas sobre o trabalho no setor de serviços ser produtivo ou não. Ele afirma que a resposta variou conforme os diferentes períodos históricos, e recupera o tratamento dado a esta questão por cinco escolas de pensamento econômico (“pré-clássicas”, clássica, marxista, neoclássica e keynesiana). Além da obra citada (JORGE, 2000), para o aprofundamento desta questão de acordo com as outras escolas, pode-se sugerir o texto KON, Anita. **Economia dos Serviços: Teoria e evolução no Brasil**. São Paulo: Campus, 2004. 256 p.

justamente o que a escola marxista pretende explicitar. É por esse motivo que nesta escola a questão continua em debate e parcela de seus autores resiste em aceitar definições “amplas” de trabalho produtivo. (JORGE, 2000, p. 22-3)

Entretanto, a problemática a que nos referimos neste trabalho não tem pertence a este campo de debates. A produtividade presente nos documentos consultados, como se verá adiante, vincula-se à relação obtida na produção de determinada mercadoria entre uma unidade de tempo e os fatores de produção (trabalho, terra, capital) ou, especificamente na produtividade do trabalho, resulta da relação entre o quociente da produção pelo tempo em que foi obtido. Jorge indica soluções para a questão inicial de como avaliar a produtividade num setor considerado improdutivo. Ao tratar das respostas dadas pelas diferentes escolas de pensamento econômico para a questão de qual é o caráter do trabalho no setor de serviços, baseado em Fourastié (1956, p. 105), o autor informa que:

Pode-se perceber que, com o triunfo das idéias utilitaristas e posteriormente do keynesianismo, as atividades terciárias passam a ser consideradas como produtivas pela maioria dos economistas, à exceção de uma parcela de autores de orientação marxista, até porque seria difícil julgar improdutivo um setor que já na década de 1930 era responsável por cerca de 1/3 do emprego nos países industrializados, superando os 40% nos Estados Unidos, Canadá e Grã-Bretanha. (...) dos fisiocratas aos marxistas, passando pelos clássicos, a idéia de trabalho produtivo esteve associada à de geração de excedente, restando a tarefa de interpretar o que seria este último. A partir do momento em que o excedente “desaparece” - com a escola neoclássica - todos os trabalhadores e não só eles, mas todos os fatores de produção, passam a ser produtivos e merecedores de seu quinhão da renda nacional. (JORGE, 2000, p. 22)

Ou seja, independente da relação econômica estabelecida, passaram a ser considerados produtivos todos os trabalhadores na ativa, e conseqüentemente, tornou-se possível criar mecanismos de aumento e de avaliação da sua produtividade. A primeira conclusão que se pode retirar após essas leituras é que a problemática acerca da produtividade em serviços de saúde está descolada da teoria marxista, seja do ponto de vista teórico, ou mesmo tendo em vista o aspecto abstrato com que os seres humanos são tratados nos textos consultados, como se fossem todos iguais, desvinculados de qualquer pertencimento a classes sociais.

É importante atentar para os limites que uma conceituação centrada em apenas um dos elementos que constituem o todo pode acarretar. Ao buscar consenso sobre a produtividade ou não do setor de serviços, corre-se o risco de desconsiderar qual a relação econômica vigente em determinada situação, ou ainda desconsiderar o conjunto das relações capitalistas, que no

seu limite são produtivas. Não se pode esquecer que embora não participando diretamente do processo de valorização do capital, ou seja, por extração direta de mais-valia, as políticas sociais co-participam desse processo. No conjunto das relações capitalistas de produção e reprodução, as políticas de saúde, por exemplo, contribuem com a continuidade desse processo, ao passo que auxiliam na manutenção da força de trabalho com condições de ser explorada, bem como garantindo um mínimo de coesão social, afeta à ordem.

No entanto, neste trabalho, norteado por concepções que ultrapassam os limites gerenciais, o trabalho no interior de instituições públicas é considerado improdutivo. Isso porque as políticas sociais públicas de saúde, mas também de educação, assistência social entre outras, são concebidas aqui como um direito das pessoas, e um dever do Estado, conforme rege a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1999). Ou seja, ao se falar em saúde, ela não está sendo concebida como uma mercadoria a ser comercializada. Isso não significa que o setor público de saúde possa ser extremamente burocrático, pouco eficaz nas suas ações. Não se trata do modo de funcionamento do setor, mas sim das concepções que o norteiam.

A análise a seguir vai ser pautada no documento “Produtividade e Desempenho dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde” (DAL POZ, PIERANTONI, VARELLA, 1997), encomendado pela OPAS, em função da objetividade dos dados e informações presentes no texto.

Conforme os argumentos divulgados sobre a premência de continuidade nas reformas setoriais em saúde, segundo Dal Poz, Pierantoni e Varella (1997, p. 5), a importância de se medir a produtividade se justifica pela necessidade de redução dos gastos com saúde associada ao aumento na demanda por serviços. Os autores se questionam como seria possível reduzir os gastos com saúde, visto que de 60 a 80% destes valores são destinados ao pagamento de pessoal. E respondem: “considerando-se especificamente que os serviços de saúde prestam-se pouco à mecanização, a proposta mais plausível é otimizar os recursos aumentando a produtividade”. Ou seja, o foco das ações de aumento de produtividade está nos trabalhadores do setor.

No documento da OMS intitulado “*Development of methodology to measure productivity of human resources for health*”⁵⁹, a produtividade também está atrelada aos

⁵⁹ OMS. *Development of methodology to measure productivity of human resources for health*. Genebra: OMS, 1991. 24 p.

trabalhadores da saúde: “má utilização e a baixa produtividade dos trabalhadores de saúde, são uma causa proeminente e remediável do impacto limitado dos serviços de saúde”. Este documento resultou de um seminário onde se discutiram os diversos significados de produtividade, e a conclusão para o caso dos serviços de saúde foi que “a produtividade é a relação quantitativa e qualitativa dos resultados (produtos) e dos vários recursos, como a força de trabalho e os esforços (insumos) para alcançar os objetivos organizacionais”.

Nessa mesma direção, Dal Poz, Pierantoni e Varella (1997, p. 1-2) afirmam que “utilizando-se de uma simplificação conceitual, poderíamos definir a produtividade em serviços como a razão entre os serviços prestados e o número de funcionários e equipamentos utilizados”. Problematisando a produtividade nos serviços de saúde, os autores levantam questões como os aspectos qualitativos e quantitativos, a relação entre serviços prestados e expectativas dos usuários, como por exemplo, vacinações e redução do risco de certa doença, diversidade de “atores” etc. E consideram que a mensuração da produtividade parece estar vinculada, em certa medida, à organização do processo de trabalho no setor.

Para estes autores, a dificuldade na definição de o que é produção nas empresas de serviços consiste num dos principais problemas para definir medidas de produtividade. Deste modo, a primeira consideração que deveria ser feita ao pensar em mecanismos de avaliação de produtividade é que não é possível estabelecer uma única padronização para essas medidas. Uma das limitações na medição de produtividade é que, sendo o trabalho em saúde essencialmente coletivo, a produtividade de uma atividade profissional (como um médico) poderia ser alterada pela de outro profissional que esteja envolvido no processo (como um enfermeiro, no exemplo utilizado por eles). “Um problema que se coloca quando se pensa em estabelecer medidas de produtividade é identificar como mensurar os desempenhos e com que finalidade” (DAL POZ, PIERANTONI e VARELLA, 1997 p. 4-5).

Ao aprofundar a questão mais instrumental da produtividade, os autores dizem que os conceitos básicos são mais voltados para os processos de produção industrial. “Do ponto de vista algébrico, a produtividade é a capacidade de produção de um trabalhador (W), ajustada pela sua taxa de ocupação (k), que representa a taxa de utilização de sua jornada de trabalho dedicada à produção: $P=W.k$ ” (DAL POZ, PIERANTONI e VARELLA, 1997, p. 5).

O texto permite compreender que o cálculo de taxa de ocupação é feito por: $k = (\text{tempo funcional} - \text{tempo negligenciado} - \text{tempo morto}) / \text{tempo funcional}$. Desta maneira, a capacidade de produção (W) vai ser resultante de: $W = \text{número de procedimentos}$

realizados/(tf-tn-tm). Assim, a produtividade somente será máxima diante de uma ocupação de 100% do trabalhador no processo de trabalho, conseguida por ausências de brechas na jornada, seja por ociosidade ou licenças de trabalho, ou ainda por problemas estruturais (DAL POZ, PIERANTONI e VARELLA, 1997, p. 6-7).

Disto decorre a avaliação de desempenho, que depende da definição de um padrão de produção (W^*)⁶⁰: $D=W/W^*$. Mas, considerando a possibilidade de tempos ociosos na jornada de trabalho, os autores destacam a noção de rendimento, que é o quociente entre a produtividade e o padrão de produção ($R= P/W^*$). Substituindo a equação da produtividade ($P=W.k$) nesta fórmula, pode-se alcançar que $R=D.k$. “Assim é possível observar que o desempenho e o rendimento do trabalhador dependem de um padrão de produção, ao passo que o rendimento e a produtividade, são afetados pela taxa de ocupação” (DAL POZ, PIERANTONI e VARELLA, 1997, p. 6).

Certamente, a definição da taxa de ocupação do trabalhador vai ser influenciada pela concepção de cuidado em saúde que rege cada instituição, podendo variar de um extremo altamente tecnificado para outro, onde aspectos como a avaliação clínica e a educação em saúde são preconizadas. Assim, pode tornar-se problemática a afirmação sobre tempo negligenciado ou morto, por exemplo.

Os autores diferenciam os trabalhos voltados para a produtividade daqueles voltados para a racionalização, uma vez que estes são destinados a otimizar a produtividade, e aqueles destinados para a produtividade em si objetivariam não apenas otimizar a produção dos serviços, mas também torná-la mensurável e permitir a implantação de controles para o acompanhamento no tempo:

Se a produtividade é abordada a partir de uma perspectiva de planejamento dos serviços de saúde, merece destaque a complexidade organizacional envolvida tanto do ponto de vista estrutural como político: trata-se de compatibilizar necessidades e expectativas de uma dada população discriminada por faixas etárias, critérios epidemiológicos, sociais e econômicos e a prestação de serviços de saúde em diversificadas unidades, hierarquizadas ou não, com diferentes níveis de complexidade tanto tecnológica como de corpo técnico habilitado, obedecendo a critérios que envolvam eficiência, eficácia e efetividade. (DAL POZ, PIERANTONI E VARELLA, 1997 p. 9).

⁶⁰ Os autores não explicam como este padrão de produção é definido.

Embora sejam tratadas com mais detalhes no tópico referente à eficiência, pode-se antecipar que a eficiência tem como objetivo a redução de custos com aumento de produção; a eficácia relaciona-se com o alcance de metas; e a efetividade vincula-se ao impacto obtido, por meio de resultados, expressos por indicadores. Um dos indicadores de produtividade apresentado é a questão da qualidade:

Admite-se modernamente que a gestão da qualidade deve aumentar a produtividade do sistema sem elevação dos custos, sem prejuízo para o grau de equidade e universalidade já alcançado. A meta é alcançar modelos assistenciais de menor custo e que os rendimentos operacionais aferidos possam ser utilizados para ampliar o grau de equidade da cobertura. (DAL POZ, PIERANTONI e VARELLA, 1997 p. 10)

Retornando para a análise do desempenho, como já foi explicado, o modo de calcular o desempenho segue a fórmula: $D=W/W^*$. O exemplo utilizado pelos autores (DAL POZ, PIERANTONI e VARELLA, 1997, p. 6) é bem representativo: “Assim, se um enfermeiro tem a capacidade de aplicar 10 vacinas por hora, e o padrão é de 12 vacinas por hora, seu desempenho será de 83%”.

É importante destacar o desempenho porque ele é associado aos sistemas de incentivo para os trabalhadores. Dal Poz, Pierantoni e Varella, (1997 p. 12) consideram que normalmente, as instituições de saúde fazem uso do preenchimento burocrático de formulários que se restringem aos aspectos administrativos, como pontualidade, frequência, uso de uniforme, iniciativa, conduta moral etc. Para os autores, é preciso desenvolver outros instrumentos, que avaliem de forma clara os aspectos quantitativos e qualitativos da prestação dos serviços de saúde em função dos objetivos da instituição. E atentam que estes instrumentos devem representar um retorno para o trabalhador, apontando necessidades de formação, de possibilidades de pesquisa, “relocalizar servidores levando em conta talentos e capacidades”, e também considerar o desempenho da organização em si.

Outro indicador muito repetido é o de *performance*. Conforme os autores em questão, a avaliação da *performance* requer outros dados, e tem objetivos diversos daqueles utilizados para a mensuração da produtividade. O método padrão de avaliação da *performance* se fundamenta em três aspectos: gerencial, saúde pública e clínica. Assim, a *performance* individual é avaliada a partir de uma gama de critérios qualitativos específicos para cada categoria profissional ou tipo de serviço de saúde. Com base no documento da OMS (1991), os autores citados realizam um comparativo entre produtividade e *performance*, de onde

decorre que: a produtividade tem como definição a razão entre insumo e produto, com natureza quantitativa, e que toma por objetivo a organização; a *performance*, por sua vez, tem como definição a avaliação de padrões, sua natureza é qualitativa, o objetivo é a avaliação individual, dentro de padrões requeridos (DAL POZ, PIERANTONI e VARELLA, 1997, p. 8).

Por fim, algumas considerações emergiram partir da leitura dos textos. Do ponto de vista da estratégia, é possível traçar uma dimensão a curto prazo e outra a médio/longo prazo, com base nos dados coletados sobre a produtividade, mas também sobre o caráter das reformas de saúde e do Estado que estão em curso desde a década de 1990, para o caso brasileiro. A curto prazo, a incorporação da lógica da produtividade nos serviços corresponderia à solução de um dos argumentos utilizados em prol de reformas, ou seja, a crise fiscal do Estado. Desse modo, um aumento na produtividade possibilitaria produzir mais serviços com um orçamento menor. Assim, o que seria conseguido como excedente econômico passaria a ser revertido, pelas mãos do Estado, aos setores ditos produtivos na economia ou à remessas de dinheiro ao exterior para o pagamento da dívida externa, e, por conseguinte, decrescido do montante de recursos destinados ao setor de saúde.

A médio e longo prazo, a partir da tendência privatizante que o neoliberalismo tem imposto aos países periféricos, considera-se possível aventar que a incorporação da lógica da produtividade pode representar uma estratégia de progressiva adequação dos serviços públicos ao modelo organizacional das instituições privadas. Assim, já seriam “educados” os trabalhadores para que a passagem de uma organização pública para outra privada não gerasse desfalques na produção, pois neste momento os cuidados à saúde já teriam sido revertidos em mercadoria, e a saúde já teria deixado de ser um direito. Projeções futuristas, porém não inexoráveis.

3.1.2 – O conceito de Eficiência

Conforme foi visto no Capítulo 1, os diagnósticos sobre a eficiência nos sistemas nacionais de saúde já estavam presentes mesmo no primeiro documento do Banco Mundial,

de 1975, e também no documento de 1993 (BANCO MUNDIAL, 1975; 1993). Esse diagnóstico permanece presente nos documentos consultados.

Dal Poz, Pierantoni e Varella (1997, p. 2), descrevem que a ineficiência dos sistemas de saúde pode ser medida pelo modo de alocação dos recursos pelo setor, e que uma forma de melhora na eficiência seria por meio da racionalização dos gastos em saúde, dentro de um contexto das chamadas “reformas orçamento-orientadas”. Segundo Dussault e Rigoli (2003, p. 3), a eficiência é um objetivo declarado (padrão) nas reformas do setor público, particularmente no setor da saúde; ela consistiria em um objetivo de redução do orçamento público, em mudar o peso relativo das despesas fixas e variáveis dos governos e em produzir melhores resultados com os mesmos ou com menos recursos.

Dussault e Rigoli (2003, p. 3-4) destacam a dupla natureza da eficiência:

- I. Eficiência Técnica: refere-se à produtividade do setor, ou seja, em melhorar o uso dos recursos extraindo melhores resultados (DUSSAULT, RIGOLI, 2003, p. 3);
- II. Eficiência Distributiva⁶¹: consiste em escolher as intervenções que, dentro de um dado custo, resultem em maiores benefícios à saúde (DUSSAULT, RIGOLI, 2003, p. 3);

Em Dussault e Dubois (2004, p. 7), a eficiência aparece relacionada diretamente à redução de custos: “A resposta à inflação nas despesas da saúde frequentemente reduz custos estimulando a eficiência”⁶². A eficiência distributiva não é abordada por esses autores.

Sem tocar diretamente na palavra eficiência, Dal Poz e Varella (2002, p. 133) fazem referência a ela, numa interessante relação com a qualidade dos serviços:

Como mostram as diversas análises e documentos, parece evidente que os objetivos dos processos de reforma dos sistemas de saúde em maximizar produtos e resultados, com ênfase na produtividade do trabalho e na qualidade dos serviços, parecem ligar-se de forma estreita ao sucesso na adoção de novas práticas trabalhistas e de gestão. As mudanças nos processos de trabalho, nas qualificações de pessoal e nas condições laborais, assim como as transformações dos regimes salariais e de incentivos e os sistemas de avaliação do desempenho, estão sendo provocadas pela busca de

⁶¹ Do inglês *allocative*. Em Piola, Vianna e Vivas-Consuelo (2002), esse termo aparece como “eficiência alocativa”. Já em Campos (1995) o termo é considerado tal como é utilizado neste texto, ou seja, “eficiência distributiva”.

⁶² “*The response to inflation in health expenditure is often to reduce costs by stimulating efficiency*”. (Dussault, Dubois, 2004, p. 7. Tradução livre)

aumento de serviços com menos custos por unidade de produção e maior qualidade. (DAL POZ, VARELLA, 2002, p. 133)

De acordo com Mendes (2005, p. 13),

Nos anos 1990, a descentralização das políticas públicas e da saúde, em particular, é marcada pela agenda de reformulação de sua eficiência. Tanto a eficiência quanto a eficácia, em termos gerais, constituem-se na conquista dos melhores resultados em saúde como cobertura e qualidade dos serviços públicos, com uma quantidade determinada de recursos. Ambas resultam de um longo processo de construção das reformas do Estado. É preciso, porém, admitir que os seus conceitos, a depender de quem os utilizem, podem significar conteúdos e práticas distintas.

Objetivando mapear as diversas visões do que se convencionou chamar de eficiência e eficácia dos recursos públicos, Mendes (2005) estudou as contribuições dos campos da ciência econômica; da economia da saúde; dos estudos de avaliação de políticas públicas; e de alguns Organismos Internacionais, como a OPAS, o Banco Mundial e a CEPAL. É importante recuperar alguns dados apresentados pelo autor, pois eles permitem compreender a qual corrente a concepção de eficiência encontrada nos documentos se vincula.

Na ciência econômica, o conceito de eficiência, compreendido como “menor custo possível para o máximo de resultado possível” (eficiência econômica) seria originário das análises microeconômicas (MENDES, 2005, p. 14). De acordo com este autor, a partir da década de 1980, com a crise fiscal do Estado, a noção de eficiência como critério de avaliação do setor público acabou sendo tratada, em sua maioria, como eficiência fiscal. Os governos passaram a buscar a eficiência priorizando os melhores resultados possíveis de suas contas, com receitas superiores às despesas.

De acordo com o receituário das agências internacionais — FMI, Banco Mundial e Bird —, a eficiência requer uma adequada transparência e responsabilidade fiscal. De outra maneira, quanto maior a transparência dos recursos fiscais, maior a garantia de conseguir resultados eficientes na execução dos recursos públicos. Neste caso, trata-se do imperativo da eficiência como racionalidade econômica imposta às políticas públicas. (MENDES, 2005, p. 15)

No campo especializado em avaliação econômica em saúde⁶³, o autor informa que o critério de eficiência soma-se aos conceitos de eficácia e efetividade (MENDES, 2005, p. 16).

⁶³ O autor esclarece que a avaliação vinculava-se originariamente ao campo da economia, mas com o tempo migrou para outros campos, como é o caso da saúde. O conceito de avaliação dos programas públicos se originou após a Segunda Guerra Mundial, quando o Estado amplia suas ações nas áreas sociais. Segundo o autor,

A efetividade relaciona-se com a análise dos efeitos, com o intuito de modificar os quadros de saúde. E a eficiência seria a “eficiência vista à luz da eficácia”, explica o autor, pautado em Ugá (1995)⁶⁴. A eficiência, por sua vez, diz respeito à análise do rendimento, e permite medir os recursos empregados e os efeitos obtidos: “A análise de rendimento de uma intervenção incorpora as análises custo–benefício, custo–utilidade e custo–eficácia. Essas análises, em grande parte da literatura, são tomadas como métodos de avaliação econômica” (MENDES, 2005, p. 18). O autor destaca ainda que as análises de custo-benefício são mais amplas, objetivando avaliar todos os custos da intervenção e todas as suas vantagens, em termos monetários; e salienta que é complicado querer atribuir valores econômicos para as variações nos estados de saúde.

É do campo da avaliação da política de saúde que a diferenciação de eficiência técnica e eficiência distributiva encontrada nos documentos consultados nesta pesquisa aparecem. Mendes (2005) destaca o trabalho de Campos (1995)⁶⁵ para fazer esta diferenciação. Assim, a eficiência técnica é definida como a minimização dos *inputs* para um dado *output*, e a eficiência econômica distributiva, como a maximização dos ganhos em bem-estar social nos diferentes arranjos alternativos de recursos. O autor explica que a eficiência técnica no campo da economia da saúde não tem diferenças da definição empregada na ciência econômica, ao passo que se refere à relação existente entre recursos utilizados e resultados alcançados, almejando a uma ótima relação. Utilizando-se de reflexões de Giraldes (1995)⁶⁶, afirma que a redistribuição dos recursos com base na eficiência técnica objetiva recompensar os serviços

dentre as posições a respeito de avaliações em saúde, existe a de Contandriopoulos et al. (1997). “Esses autores atribuem ao conceito de avaliação o ato de estabelecer um julgamento de valor de uma intervenção — conjunto de meios físicos, humanos e financeiros que produzem bens ou serviços para modificar uma situação-problema — tendo como finalidade contribuir para a tomada de decisões. Tal julgamento ou avaliação pode ser efetuado por meio de uma avaliação normativa e/ou de uma pesquisa avaliativa. A avaliação normativa utiliza normas e critérios, e é composta por três tipos: 1) de estrutura (recursos empregados e sua organização); 2) de processo (serviços/bens produzidos); e 3) de resultados (efeitos obtidos). Já a pesquisa avaliativa enfoca a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, como também as relações entre os diferentes componentes de uma intervenção e seu contexto. A pesquisa avaliativa pode ser composta por seis tipos de análise, a saber: 1) estratégica; 2) da intervenção; 3) da produtividade; 4) dos efeitos; 5) do rendimento; e 6) da implantação” (MENDES, 2005, p. 17)

⁶⁴ UGÁ, Maria Alicia. Instrumento de avaliação econômica dos serviços de saúde; alcances e limitações. In: PIOLA, S.; VIANNA, S. **Economia da saúde**: conceitos e contribuições para a gestão em saúde. Brasília, DF: IPEA, 1995.

⁶⁵ CAMPOS, Antonio C. Normativismo e incentivos: contributo da economia para a administração em saúde. In: PIOLA, S.; VIANNA, S. M. **Economia da saúde**: conceitos e contribuições para a gestão da saúde. Brasília, DF: IPEA, 1995.

⁶⁶ GIRALDES, Maria do Rosário. Distribuição de recursos num sistema público de saúde. In: PIOLA, S.; VIANNA, S. M. **Economia da saúde**: conceitos e contribuições para a gestão da saúde. Brasília, DF: IPEA, 1995.

prestadores que apontem maior produtividade, “sem se preocupar com o objetivo final desses serviços, isto é, satisfazer as necessidades da população, em termos de dimensão e estrutura demográfica e padrão de morbidade” (MENDES, 2005, p. 20).

Por outro lado, a eficiência distributiva relaciona os recursos gerais da sociedade e resultados alcançados com a sua utilização, vinculados a uma máxima obtenção de bem-estar para todos os indivíduos. “A eficiência na combinação de recursos é decorrente da superioridade da soma dos acréscimos de bem-estar individual obtidos em relação à soma das eventuais reduções de bem-estar praticadas em outros ou nos mesmos indivíduos” (MENDES, 2005, p. 20). A esta noção de eficiência distributiva está subscrita a idéia de priorizar intervenções em saúde que apresentem maior rendimento por unidade monetária, dentro de um projeto no qual as necessidades de saúde que vão sendo supridas vão abrindo espaço para as prioridades seguintes. A isto se vincula também uma espécie de redistribuição de recursos entre regiões subfinanciadas. Juntamente com Giraldes (1995), o autor conclui que a promoção da eficiência distributiva seria “teoricamente” mais correta, uma vez que maximiza o bem-estar social:

Mais uma vez, o campo da avaliação econômica da saúde procura distanciar-se do conceito de eficiência tratada na abordagem da ciência econômica pura. A preferência pelo enfoque da eficiência distributiva, na visão de Giraldes (1995), rejeita o entendimento que a eficiência em saúde possa se resumir em recompensar os serviços prestadores que se apresentem mais produtivos. Ao contrário, a eficiência nesse campo, particularmente num sistema público de saúde, deve ser orientada por uma operacionalização de critérios de distribuição da despesa baseada em princípios de maximização dos resultados em bem-estar social, nas diversas combinações alternativas de recursos escassos. (MENDES, 2005, p. 21)

Por fim, já no âmbito das discussões sobre eficiência no interior de Organismos Internacionais, as considerações do autor sobre a atuação do Banco Mundial são interessantes. Ele afirma que para conhecer a visão da instituição sobre a eficiência na área da saúde, três documentos que contêm propostas para a América Latina são importantes: *Investir em Saúde* (BANCO MUNDIAL, 1993), *Envejecimiento sin Crisis* (BANCO MUNDIAL, 1994)⁶⁷ e *Inequality in Latin America & the Caribbean: Breaking with History?* (BANCO MUNDIAL, 2003). O primeiro documento citado pelo autor foi objeto de estudo no primeiro Capítulo desse trabalho. O segundo documento avalia o processo de envelhecimento da população

⁶⁷ BANCO MUNDIAL. *Envejecimiento sin crisis*: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento. Washington: Banco Mundial, 1994.

mundial e informa que os sistemas de proteção aos idosos caminham para o seu esgotamento. E o último documento citado já foi referenciado também no Capítulo 1, quando se discutiu a focalização das políticas sociais públicas na América Latina.

Conforme o autor, as propostas do Banco Mundial contidas nos dois primeiros documentos citados foram implementadas no Chile, no Peru, na Argentina, na Colômbia, no Uruguai e no México. Segundo ele, elas se fundamentam na mais convencional teoria econômica, que adota como método inicialmente discutir as condições eficientes do funcionamento da economia, para em seguida conhecer e classificar os mecanismos pelos quais a realidade se afasta do modelo idealizado.

Enquanto essa teoria econômica convencional se baseia no fato de que a informação adequada é condição essencial para o equilíbrio entre oferta e demanda em situações de concorrência e, portanto, para o estabelecimento do justo preço dos bens e serviços, o setor saúde apresenta um comportamento bem diferente desse processo. Isso porque o indivíduo que busca a assistência médica não o faz porque assim o deseja, e sim por necessidade, de forma que não sabe que tipo de intervenção sofrerá ou que tipo de exames terá que realizar. Quem conhece é o agente de saúde, que, de uma forma ou de outra, define o preço. O indivíduo está destituído da informação sobre o preço, a quantidade e a natureza do serviço. No lugar de ser um consumidor, como invoca o Banco Mundial, ele é um paciente, isto é, aquele que se coloca nas mãos de outro e/ou outros para ser cuidado. Essas características do setor saúde são simplesmente desconhecidas pelo Banco Mundial no documento que animou as reformas da América Latina. (MENDES, 2005, p. 26)

Já no último relatório do Banco Mundial (2003), o autor descreve que a eficiência nas políticas públicas aparece colada a programas focalizados com transferência de renda condicionada, como por exemplo, os casos brasileiros do Bolsa-Família e Bolsa-Escola. Neste documento o Banco Mundial (2003) mantém sua posição de que apesar do grande montante de recursos destinados pelo Estado para as ações sociais, grande parte desses recursos seria utilizada por grupos não-pobres, além de ter uma gestão inadequada. Com base nessas premissas, o documento afirma que os programas sociais na América Latina não têm alcançado eficiência e eficácia na redução das desigualdades sociais e no combate à pobreza. Conforme o autor, ao se tomar o exemplo do Brasil, os fundamentos dessas premissas do Banco Mundial são bastante discutíveis:

Em primeiro lugar, não se pode considerar o gasto social direto como a maior rubrica das despesas da União, deixando de lado sua relação com as

despesas financeiras representadas pelo serviço da dívida. Para se ter uma idéia, enquanto o último aumentou em 32%, entre 2001 e 2002, o aumento do gasto social direto foi de 13% no mesmo período. Em segundo, não se pode restringir a análise do gasto social ao governo federal, uma vez que a execução desses gastos tem sido cada vez menor em relação à participação dos gastos dos estados e municípios, que, no caso da saúde, representaram juntos, em 2001 e 2002, 43,8% e 46,9%, respectivamente, do gasto total das três esferas de governo. Por último, o relatório do Banco Mundial não leva, devidamente, em conta o impacto da estrutura tributária que aumenta a concentração de renda. (MENDES, 2005, p. 27)

A seguir, sistematizaremos as estratégias descritas para alcançar o objetivo da eficiência. Além da produtividade, as demais estratégias presentes nos documentos consultados são: descentralização, terceirização, retração da equipe e reengenharia. Essas estratégias serão discutidas nesta ordem.

As razões apresentadas por Dussault e Rigoli (2003, p. 5) para a adoção da estratégia de descentralização são:

Estratégias para melhorar o uso dos recursos escassos, como respostas ao diagnóstico de desperdício na sua utilização associado às burocracias centralizadas, conduziu muitos governos a transferir a gerência dos serviços de saúde às autoridades locais, para controlar melhor as despesas e aumentar as responsabilidades. Onde a descentralização incluiu transferência de recursos humanos, as autoridades locais tiveram que assumir um novo papel, atuando como empregadores, freqüentemente sem as habilidades técnicas apropriadas ou mesmo capital para tal⁶⁸.

Em função do despreparo dos níveis locais diante das novas atribuições impostas pela descentralização, bem como o não acompanhamento de transferência de recursos concomitantemente ao processo de descentralização, o que teria se observado foi um restrito sucesso em termos de eficiência (DUSSAULT, RIGOLI, 2003, p. 5-6). Os efeitos descritos por estes autores sobre os “recursos humanos” seriam uma reorganização da estrutura organizacional (parcerias, contratações), onde o empregador passaria a estar em um nível local, devendo assumir novos papéis.

Esta relação entre os trabalhadores e a descentralização também está presente em Dussault e Dubois (2004, p. 8), quando estes autores afirmam que ao passo que os postos de tomada de decisões são transferidos para níveis intermediários e locais, torna-se necessário

⁶⁸ “Strategies to better use scarce resources, as responses to a diagnosis of wasteful utilization associated to centralized bureaucracies, led many governments to transfer the management of health services to local authorities, for better control of spending and increased accountability. Where decentralization included transfer of human resources, local authorities had to play a new role as employers, often without the appropriate technical abilities or even the funding to do so”. (DUSSALT, RIGOLI, 2003, p. 5. Tradução livre)

desenvolver “recursos humanos em saúde” capazes de preencher estes novos postos, especialmente os de gestão. Aqui é visível a correlação entre a descentralização e as novas demandas impostas aos trabalhadores. O termo “desenvolver” tem aparecido nos documentos em referência à formação dos trabalhadores, especialmente a educação em serviço.

A estratégia de terceirização é definida por Dal Poz e Varella (2000, p. 138), quando estes autores descrevem quais são as modalidades de remuneração vigentes no setor de saúde na América Latina:

Modalidade alternativa para contrato de grupos profissionais, empresas, ou outros órgãos para atividades específicas. Caracteriza-se pela facilidade de contratação para atividades ou que representam carências dos serviços, ou atividades de custo elevado ou ainda de difícil gerenciamento pela organização. Apresenta dificuldades relacionadas a avaliação da qualidade técnica, da negociação de preços e a possibilidade de formação de monopólios.

A terceirização relaciona-se com a propalada necessidade de redução dos elevados custos referentes ao pagamento de pessoal, no sentido de converter gastos fixos em gastos variáveis:

Nos hospitais e outros serviços terciários, o objetivo de reduzir ou de parar o crescimento de custos fixos, foi freqüentemente conduzido de modo a substituir a provisão interna de alguns serviços com contratação externa (terceirização). Esta medida resultou nas mudanças no número da equipe de funcionários permanentes e flexibilizou, o que seria menos previsível, as relações contratuais com uma parte crescente de sua força de trabalho⁶⁹. (DUSSAULT, RIGOLI, 2003, p. 5)

As categorias que mais sofreram o processo de terceirização foram as responsáveis por serviços não-clínicos, como o pessoal de limpeza, e mesmo os serviços técnicos. Em relação aos efeitos que a terceirização pode acarretar nos trabalhadores, Dussault e Rigoli (2003, p. 6) chamam a atenção para um “conflito potencial” entre os objetivos de eficiência e os interesses dos trabalhadores: ao passo que a competição que existe em um ambiente de trabalho terceirizado favorece a eficiência técnica, ela, ao mesmo tempo, ameaça a estabilidade no emprego.

⁶⁹ “In hospitals and other tertiary services, the objective of reducing or stopping the growth of fixed costs, often led to substituting the internal provision of some services with external contracting. This measure resulted in changes in the number of permanent staff and flexible, therefore less predictable, contractual relationships with a growing part of their workforce.” (DUSSAULT, RIGOLI, 2003, p. 5. Tradução livre)

Outra estratégia sempre presente é a de redução do número de trabalhadores. Dussault e Dubois (2004, p. 6), retomam os dados apresentados pela Organização Internacional do Trabalho de 1998⁷⁰, que informou que o setor da saúde é o principal empregador em todos os países. Naquele ano, a estimativa era que 35 milhões de pessoas estavam empregadas, em todo o mundo, no setor da saúde.

Com base nisso, assim como afirmaram Dal Poz, Pierantoni e Varella (1997, p. 5), eles descrevem que são os “recursos humanos” os responsáveis pelos elevados custos orçamentários destinados ao setor da saúde (DUSSAULT, DUBOIS, 2004, p. 6). De acordo com estes autores, “custos de salário (salários, bônus e outros pagamentos) correspondem por 65% a 80% da despesa recorrente da saúde”. Estes custos estariam vinculados às formas como os “recursos humanos” são desenvolvidos e utilizados. Além dos custos diretos, os autores identificam também o potencial de gerar mais custos, como no caso de profissionais com autonomia de prescrição (medicamentos, exames complementares, procedimentos cirúrgicos etc). Deste modo, na opinião dos autores, “dada a proporção do orçamento de saúde absorvido pela força de trabalho, qualquer tentativa de reduzir custos ou melhorar eficiência requer medidas que afetem diretamente a equipe de funcionários”⁷¹.

Por fim, Dussault e Dubois (2003, p. 6) concluem que o percentual de custos trabalhistas, que representa de 60 a 70% dos gastos no setor tornou este item “privilegiado” na redução dos investimentos no setor, mesmo diante das mudanças tecnológicas, que requerem novos profissionais especializados. Os autores destacam que, neste caso, a consequência foi a intensificação do trabalho.

Com este pressuposto, os autores sugerem que haja um melhor planejamento, evitando contratações excessivas; uma redistribuição do pessoal em função das categorias (priorizar técnicos e assistentes, para que se reduza o número de trabalhadores com qualificação mais elevada, ao mesmo tempo que otimizaria este trabalho mais qualificado); reconhecer novas categorias profissionais (como “enfermeira clínica” e parteiras); flexibilizar as relações de trabalho (DUSSAULT, DUBOIS, 2004, p. 7-8).

⁷⁰ International Labor Organization. *Terms of employment and working conditions in health sector reforms*. Report for discussion at the Joint meeting on terms of employment and working conditions in health sector reforms. Geneva, 1998.

⁷¹ “Given the proportion of the health budget absorbed by the workforce, any attempt to reduce costs or to improve efficiency calls for measures that directly affect staff”. (DUSSAULT, DUBOIS, 2004, p. 6. Tradução livre)

A reengenharia é também uma das estratégias de alcance da eficiência. Dussault e Rigoli (2003, p. 4) remetem-se ao processo de reengenharia, utilizado especialmente em hospitais, com vistas a revisar a organização do trabalho, a partir da redistribuição e mesmo redução do pessoal, objetivando incrementar a produtividade com redução de custos.

3.1.3 – O conceito de Equidade

O conceito de equidade presente nos documentos consultados está relacionado ao acesso aos serviços. Para Dussault e Rigoli (2003, p. 4), “a equidade se refere à justiça”⁷². Segundo Piola, Vianna e Vivas-Consuelo (2002, p. 183), equidade pode ser compreendida como “igual acesso a tratamento para igual necessidade”, e uma prioridade das políticas de saúde nos próximos anos. Do mesmo modo o conceito é apresentado por Dussault e Dubois (2004, p. 8), como sendo uma melhoria no acesso aos serviços, obtida por meio de redistribuição geográfica e social dos profissionais, assim como com a oferta de incentivos para a captação e fixação de trabalhadores em áreas pouco atrativas.

Conforme Dussault e Rigoli (2003, p. 4), a adequação dos serviços às necessidades (e não às demandas) requer um planejamento sistemático, que inclua mecanismos de proteção financeira, objetivos escolhidos em função de necessidades e grupos específicos e a redistribuição dos serviços. Neste caso, a relação entre a equidade e a focalização das políticas sociais públicas fica evidente. Em relação à dupla natureza dos objetivos das reformas em saúde, estes autores classificam o conceito de equidade em:

- I. equidade vertical: distribuição do cuidado de acordo com os diferentes níveis de renda, ou seja, o cuidado disponível em função das necessidades;
- II. equidade horizontal: entre pessoas com mesma condição de saúde ou necessidade, onde a uma mesma condição de saúde deve corresponder um tratamento igual.

Porto (1997) informa que a preocupação com a conceituação do termo equidade já estava presente desde o pensamento filosófico grego, e tem se mantido em debate no interior de diferentes áreas do conhecimento. Quando a autora discute a questão da equidade no interior dos debates da área da saúde, ela recupera os autores que realizam esta diferenciação

⁷² “*Equity refers to fairness.*” (DUSSAULT, RIGOLI, 2003, p. 04. Tradução livre)

entre equidade horizontal, “tratamento igual para iguais”, e equidade vertical, “tratamento desigual para desiguais”. Os autores recuperados pela autora são West e Cullis (1979), Carr-Hill (1994), Van Doorslaer et al.(1993)⁷³. Segundo ela, estes autores se fundamentam na concepção aristotélica dos distintos tipos de justiça⁷⁴ (Porto, 1997, p. 34).

Esta mesma autora problematiza a distinção realizada entre equidade horizontal e vertical, partindo das proposições de Culyer (1993, p. 305)⁷⁵, segundo o qual existiriam dois problemas cruciais: “(i) quais os aspectos relevantes para dimensionar, em cada caso, a igualdade ou a desigualdade; (ii) que se entende por tratamento”. A autora considera que

Sem dúvida, a equidade vertical, entendida como a priorização internecessidades, serve de sustento a propostas atuais – como as de cobertura de pacotes mínimos de necessidades de saúde – e parte de pressupostos questionáveis – como, por exemplo, que as necessidades, quer sejam individuais quer regionais, sempre respondem à mesma ordem de prioridade – acreditando que é possível efetuar hierarquização geral das necessidades. (PORTO, 1997, p. 35)

A partir de suas leituras acerca do debate sobre a equidade na saúde, Porto (1997, p. 40-1) destaca alguns aspectos observados:

O primeiro, relacionado ao emprego dos termos equidade e igualdade. Todos os autores trabalham equidade no sentido de alcance do maior patamar de ‘igualdade’, diferenciando alternativas que, em alguns casos, vão desde a

⁷³ WEST, P.; CULLIS, J. *Introducción a la economía de la salud*. Oxford, Oxford University Press, 1970.; CARR-HILL, R.A. Efficiency and Equity Implications of the Health Care Reforms. *Soc.Sci Med.*, 9:1189-1201, 1994.; WAGFTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. Equity in the finance and delivery of health care:concepts and definitions In: VAN DOORSLAER, E.; WAGFTAFF, A.; RUTTEN, F. (Eds.),. *Equity in the Finance and Delivery os Care: An Internacional Perspective*. Inglaterra: Oxford Medical Publications, Comission of the European Communities Health Research, 1993, Serie n. 8., p. 7-19.

⁷⁴ Porto (1997, p. 14) sustenta que a formulação de uma teoria social e a conceituação de equidade são caracterizadas pela falta de consenso. Mas que, no entanto, a diferenciação entre dois tipos de justiça seria um “ponto pacífico”. “Formulada inicialmente por Aristóteles, a distinção entre justiça corretiva e distributiva mantém-se até nossos dias. A primeira, que deve estar orientada pelo tratamento igualitário, desempenha função corretiva nas relações entre as pessoas; a segunda, guiada pela concepção de que o justo é o proporcional e o injusto aquilo que viola a proporcionalidade, manifesta-se na distribuição de funções e bens que devem ser divididos entre os cidadãos (Aristóteles,1992:95-97).” A autora enfatiza ainda que em cada teoria da justiça o termo equidade assume uma dimensão diferenciada, em função dos valores predominantes. Mas as dificuldades para a conceituação da equidade se deveriam também à falta de um pensamento teórico que lhe sirva de sustento. De um modo geral, a autora procurou subsidiar seu raciocínio de discussão da equidade por meio do componente distributivo encontrado nas diferentes teorias de justiça. Para tal, ela estudou essas teorias a partir do pensamento político clássico (Rosseau, principalmente, mas também Hume, Hobbes, Locke e Kant), da corrente utilitarista (Bentham e J. Mill), da proposta marxista de desenvolvimento de uma sociedade comunista (Marx, e as leituras de sua obra realizadas por Elster e Heller), e finalmente, pelo pensamento contemporâneo sobre teorias da justiça (Rawls, Sen e Fleurbaey).

⁷⁵ CULYER, A. J. Health, health expenditures, and equity. In: VAN DOORSLAER, E; WAGFTAFF, A. & RUTTEN, F. (Eds.). *Equity in the Finance and Delivery Care: An International Perspective*. Inglaterra Oxford Medical Publications, Commission of the European Communities Health research, série n. 8. P 299-319, 1993.

igualdade de despesa per *capita* até a igualdade de resultados. O segundo, referente à conceituação do termo equidade. Ainda considerando que na maior parte dos trabalhos existem contribuições importantes para a construção de uma definição conceptual de ‘equidade’, observa-se uma centralização nas definições operacionais e na escolha dos fatores mais adequados para sua implementação. Por último, a existência de certo consenso, explícito ou implícito, quanto à necessidade de intervenção do Estado no processo distributivo. (PORTO, 1997, p. 40-1)

Finalmente, Porto (1997, p. 43) sustenta que, para ela, equidade seria entendida “como o princípio que rege funções distributivas, as quais têm por objetivo compensar ou superar as desigualdades existentes, consideradas socialmente injustas. Portanto, desde um ponto de vista teleológico, equidade e igualdade são sinônimos”, uma vez que não existiriam propostas equitativas cujo objetivo final seria o alcance de maiores desigualdades.

Kuenzer (1997, p. 68) destaca que a idéia de equidade, em relação às políticas educacionais, numa análise que pode ser ampliada para as políticas sociais em geral,

(...) como demanda de *justiça social com eficiência econômica*, reduz o papel do Estado a assegurar condições, por meio de financiamento, apenas para os setores geralmente excluídos, como as minorias étnicas, pobres e mulheres, com efeito corretivo para tornar pobres e ricos igualmente competitivos, desde que *assegurada a sua competência*, uma vez que o tratamento universal significa desperdício de recursos, pois nem todos têm a competência acadêmica necessária para a continuidade nos estudos.

Dentre os Organismos Internacionais que atuam na América Latina, a CEPAL está se consolidando como uma das principais agências que trata da equidade. Neste trabalho já foi referenciado, no Capítulo 1, o documento “*Educación e conocimiento: eixo da transformação produtiva com equidade*” (Unesco, Cepal, 1992 e Cepal, Unesco, Ipea, Inep, 1995)⁷⁶. Mas esta instituição também publicou um documento semelhante, em associação com a OPAS, intitulado “*Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*” (CEPAL, OPAS, 1994)⁷⁷. Mendes (2005, p. 24) recupera este documento, onde de acordo com o autor, a OPAS e a CEPAL recomendam que na busca do crescimento e da equidade para a América Latina e Caribe seria necessário redefinir o papel do Estado: “Este deveria abandonar sua forte presença em diversas políticas econômicas e sociais, concentrar-se em

⁷⁶ CEPAL. UNESCO. **Educación e conocimiento: eixo da transformação produtiva com equidade**. Brasília: Ipea/Cepal/Inep, 1995.

⁷⁷ CEPAL. OPAS). **Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe**. Washington: OPS, n. 41, mar. 1994.

algumas funções-chave e desempenhá-las com maior eficácia e eficiência, em especial naquelas que promovem a equidade”.

Assim como no documento emitido pelo Banco Mundial em 1993 (BANCO MUNDIAL, 1993), neste documento da CEPAL e da OPAS aparece a concepção de que a criação de mercados transparentes, competitivos e de fácil acesso poderia contribuir para a equidade. Mas o documento também cita características do setor de saúde que impediriam que o livre funcionamento do mercado assegurasse a eficiência e a equidade, como por exemplo a existência de externalidades, o fato da informação ao consumidor ser imperfeita, o fato de que o consumidor não é quem decide que serviço vai receber, entre outras. Sobre os posicionamentos presentes no documento, Mendes (2005) conclui que:

Esse conjunto de características aponta para que, na área da saúde, somente é possível se obter soluções subótimas em matéria de eficiência microeconômica, eficácia e equidade. Mesmo reconhecendo as dificuldades da utilização do mercado como elemento regulador da saúde, a Opas defende que, para a eficiência da saúde, os indivíduos e as famílias de maior renda contribuíssem para o financiamento do setor. Isso permitiria que o Estado reduzisse sua participação e destinasse os recursos para promover a atenção à saúde mais pagamentos de licença por enfermidade e maternidade. Essa cobertura contemplaria uma cesta básica de atenção à saúde. Dessa forma, a Opas estaria, em nome da universalidade da atenção básica em saúde e da eficiência do Estado, ferindo o princípio da integralidade, sem o qual uma política pública de saúde não pode ser pensada. (MENDES, 2005, p. 24-25)

Retornando para os documentos consultados nesta pesquisa, as estratégias envolvidas para a obtenção da equidade dos serviços seriam: ampliação da cobertura assistencial; redistribuição público-privada dos serviços; redistribuição geográfica dos recursos financeiros; redistribuição geográfica dos “recursos humanos”; e criação de novos mecanismos de contratação e fixação do pessoal.

A primeira dessas estratégias é a ampliação da cobertura assistencial, dentro de uma lógica que poderia ser chamada de “universalização focalizada”, tendo em vista que há um processo de universalização que é descolado da integralidade da assistência, ou seja, universaliza-se apenas um dos níveis do cuidado, a assistência básica. De acordo com Dussault e Rigoli (2003, p. 5), as estratégias de promoção da equidade visam a extensão da

cobertura assistencial “tornando acessível um ‘pacote essencial’ de serviços, definido de acordo com critérios de custo/benefício ou custo/efetividade”⁷⁸.

A distribuição dos serviços deveria ser implementada de acordo com as necessidades sociais, por meio de pacotes básicos de serviços. Pode-se incorporar aqui duas frentes: a distribuição geográfica dos profissionais, e a distribuição por especialidades. Essa distribuição dos serviços de acordo com as necessidades já estava presente nos documentos do Banco Mundial de 1975 e de 1993, e neste sentido vale recuperar as colocações de Rizzotto (2000) acerca das concepções do Banco Mundial sobre o caráter das necessidades básicas, limitado ao que se refere à reprodução humana.

Para a ampliação da cobertura assistencial, existem fortes apelos por uma redistribuição público-privada dos serviços. As recomendações vinculam-se às propostas de redefinição das funções do Estado, que deveria deixar de ser provedor e ser apenas regulador.

Da mesma maneira que nas discussões sobre eficiência distributiva, dentre as estratégias de alcance da equidade estaria a redistribuição geográfica dos recursos financeiros. Porto (1997) lança mão do conceito de equidade para abordar a questão da distribuição geográfica dos recursos financeiros entre as Unidades Federadas do Brasil. Em relação aos resultados equitativos das políticas, a autora considera que “todavia, pressupõem redistribuições desigualitárias de recursos, produto de ajustes efetuados em função dos fatores biológicos, sociais e político-organizacionais determinantes das desigualdades existentes” (PORTO, 1997, p. 43).

Para esta autora, no que tange à

(...) distribuição geográfica equitativa de recursos financeiros no setor saúde, deve-se lembrar que é condição necessária – porém, não suficiente – para o alcance do tratamento equitativo entre grupos sociais e entre indivíduos, e que, em função do exposto, o critério mais apropriado é “definição de recursos segundo necessidades”, entendendo-se que as necessidades estão determinadas por um conjunto de fatores, dentre os quais sobressaem os biológicos e socioeconômicos. Nesse sentido, distribuições geográficas mais equitativas de recursos financeiros deveriam efetuar redistribuições em favor das regiões com condições sanitárias e socioeconômicas mais precárias, para as quais corresponderiam percentuais superiores aos estimados em função do tamanho populacional. (PORTO, 1997, p. 43-4)

⁷⁸ “(...) through making accessible an “essential package” of services, defined according to cost/benefit or cost/effectiveness criteria.” (DUSSAULT, RIGOLI, 2003, p. 5. Tradução livre)

É necessário frisar que de fato existem diferenças entre regiões, como é verificável no caso do Brasil, e que é preciso existir uma racionalização na distribuição dos recursos entre estas regiões, de acordo com as necessidades mais prementes. Isso não se constitui em um ato de justiça, mas sim de cumprimento de um direito. Entretanto, essa redistribuição necessita ser bem avaliada, tendo em vista que mesmo em regiões com melhores condições de saúde e socioeconômicas, como no sul do Brasil, por exemplo, já é sabido que os recursos destinados ao setor de saúde são insuficientes. Assim, uma redistribuição dos recursos teria que ser acompanhada por um aumento no montante destinado aos Estados.

A redistribuição geográfica também passaria pelos “recursos humanos”. A partir da constatação da necessidade de ampliação da cobertura assistencial, Dussault e Rigoli (2003, p. 5) consideram que decorreria a necessidade de ampliar a disponibilidade de “recursos humanos” em áreas rurais e afastadas, pouco atrativas, o que, por sua vez, implicaria no desenvolvimento de novos mecanismos de captação e fixação do pessoal. Para eles, em um “mundo ideal”, o recrutamento dos profissionais deveria se dar de acordo com as necessidades de grupos específicos da população⁷⁹. No entanto, isso não ocorreria no “mundo real”, no qual uma distribuição geográfica equitativa dos trabalhadores sempre foi muito difícil de ocorrer, da qual sempre decorreram tentativas de obstrução coletivas e individuais. Para estes autores, este tipo de estratégia deve ser gradual, a longo prazo (DUSSAULT, RIGOLI, 2003, p. 6).

Em função disto, recomenda-se a adoção de novos mecanismos de contratação e fixação do pessoal. Dal Poz e Varella (2000, p. 147) consideram que:

Além dos salários, outros mecanismos vêm sendo aprimorados para incentivar e fixar mão-de-obra escassa ou especializada. Particularmente, nos locais ou setores nos quais a crise de emprego ainda não se mostra expressiva, pode-se encontrar empresas que oferecem vantagens adicionais, como forma de captar profissionais especializados. (DAL POZ; VARELLA, 2000, p. 147)

⁷⁹ Em relação a esta ênfase nas necessidades de grupos específicos da população, vale salientar que isto coloca um contraponto às atuais diretrizes para a formação dos trabalhadores de saúde, cada vez mais simplificadas. Para uma adequada atenção a grupos específicos, seria necessário uma qualificação específica também. No entanto, no contexto de centralidade na atenção básica, operacionalizada em sua grande maioria por trabalhadores de nível técnico ou então apenas com ensino fundamental e médio, caso dos agentes comunitários de saúde, resta questionar como seria esta formação para as populações específicas.

3.1.4 – O conceito de Qualidade

De um modo geral, a noção de qualidade perpassa todos os documentos lidos, de modo que aparentemente, ela se apresenta como o objetivo final de todo o processo de reforma, sendo portanto, um objetivo isento de questionamentos.

A dupla natureza da qualidade é definida por Dussault e Rigoli (2003, p. 4) como:

- I. Qualidade técnica: relaciona-se com o impacto dos serviços de saúde em uma população em particular, ou seja, ao desempenho dos sistemas provedores;
- II. Qualidade sócio-cultural: ou qualidade percebida, mede o grau de acesso aos serviços e seu correspondente em níveis de satisfação dos usuários.

Em Dussault e Dubois (2004, p. 6) esta diferenciação é retomada. Os autores apresentam a qualidade técnica como aquela capaz de gerar um impacto positivo no estado de saúde, e a qualidade sócio-cultural como aquela cujos serviços sejam aceitos pelos usuários e satisfaçam as suas necessidades.

A questão da qualidade é discutida por Neilton Santana Santos (2004), ao se propor a conhecer quais os componentes e atributos que configurariam a qualidade da relação médico-paciente a partir da visão que os “fornecedores de serviços” (no caso, os médicos) possuem sobre a questão da qualidade da atenção médica. Este autor realiza uma retomada histórica a respeito do conceito, e descreve que o controle da qualidade tem relação íntima com o desenvolvimento do setor industrial. As primeiras menções ao controle da qualidade teriam aparecido no seio da Revolução Industrial, com a padronização da produção. A partir de então, com Taylor e Ford, a qualidade passaria a ser avaliada nos produtos finais. Na década de 1920, Walter Shewart orientou que o foco do controle de qualidade deveria se situar no processo de trabalho e não nos produtos. Mas, foi a partir da Segunda Guerra Mundial, com o desenvolvimento da indústria bélica, que o controle de qualidade começou a se disseminar.

Santos (2004, p. 23) destaca a figura de Willian Edwards Deming como disseminador do método Estatístico de Controle da Qualidade. Em 1952, no Japão, Deming passou a divulgar a filosofia do fornecimento dos produtos de acordo com as necessidades do consumidor. Essa filosofia tinha como base: “Ouvir o cliente; Elevar o nível de educação e qualificar o trabalhador; Motivar a participação de todos; Desenvolver lideranças e a capacidade de trabalho em grupo; e Treinar o grupo em ferramentas estatísticas”. Outros

autores destacados por Santos (2004) são Armand V. Feigenbaum, com o livro *Total Quality Control* (1951); Juran, autor do clássico *Quality Control Handbook* (1951); e no Japão, no desenvolvimento das idéias dos Círculos de Controle de Qualidade pode-se citar Kaoru Ishikawa (SANTOS, 2004, p. 22-4).

O autor não chega a diferenciar claramente a qualidade em termos de qualidade técnica e qualidade sócio-cultural, mas esta diferença fica implícita em suas análises. Santos (2004, p. 15) informa que os estudos realizados sobre a qualidade dos produtos e serviços teriam como princípio norteador conhecer as expectativas dos “clientes”, “uma vez que este é o princípio fundamental da qualidade”. Segundo ele, nas pesquisas consultadas, os objetivos eram a análise dos componentes da qualidade percebidos pelos clientes/pacientes, e nenhuma das pesquisas levava em conta a opinião dos fornecedores.

Embora não explique qual seu referencial sobre “cliente” e nem quais são os “clientes” atendidos, o autor diz que os estudos referentes à avaliação da qualidade nos serviços de saúde também estariam levando em conta apenas as expectativas dos clientes diante dos serviços. Santos (2004, p. 17), fundamentando-se nas posições de alguns autores, considera que além da qualidade ideal ser a qualidade técnica, a questão das expectativas dos usuários teria limitações, tendo em vista que os indivíduos apenas seriam capazes de avaliar aquilo que lhes é conhecido. Levando-se em consideração que os conhecimentos em saúde são complexos e desconhecidos para a maioria da população, os “clientes” tenderiam a avaliar a qualidade de acordo com critérios outros, que não os técnicos.

Porém, se a ênfase dada à qualidade sociocultural for analisada do ponto de vista político, partindo da compreensão que as políticas sociais são manifestações de uma luta entre classes, ao passo que as necessidades percebidas pelos usuários estejam sendo satisfeitas, é possível aventar que em consequência haverá uma amenização de conflitos.

Após um breve histórico sobre o debate acerca da qualidade nos serviços de saúde⁸⁰, Santos (2004, p. 27) assegura que o quadro referencial de avaliação de serviços de saúde aceito mundialmente foi desenvolvido por Donabedian (1990)⁸¹: “Para o autor, a qualidade de

⁸⁰ Santos (2004, p. 26) inicia seu histórico recuperando Florence Nightgale. O autor relembra também de Abraham Flexner, com seu lendário estudo sobre a qualidade da formação médica de 1910. Ainda neste período, no ano de 1916, o americano E. A. Codman apresentou uma discussão sobre a necessidade de certificação de médicos e de acreditação de hospitais. No ano de 1933, Lee e Jones definiram a qualidade em saúde por meio de oito artigos de fé. Em tempos mais recentes, Santos (2004, p. 27) destaca os trabalhos de Solon *et al* (1992), Rosenfeld (1992), Souillá (1992), Rutstein *et al* (1992) e Huntley *et al* (1992). Porém, a atenção maior é dedicada aos trabalhos de Avedis Donabedian.

⁸¹ DONABEDIAN, A. The Seven Pilars of Quality. *Arch Pathol Med.*, n. 114, 1990.

serviços de saúde deve ser avaliada em termos de estrutura, processo e resultados”. Em Dal Poz, Pierantoni e Varella (1997, p. 4) também existe referência a esta proposição:

O processo de produção nos serviços de saúde pode ser caracterizado utilizando-se a proposição de Donabedian (1986)⁸² que identifica as variáveis de estrutura, de processo e de resultados. As variáveis de estrutura estão relacionadas com instalações físicas, equipamentos, instrumental normativo, recursos humanos qualificados, recursos financeiros, jurídicos, políticos necessários para desencadear o processo de produção. O processo envolve a realização das atividades e procedimentos desenvolvidos para a produção, que sofrem maior ou menor padronização de acordo com o tipo de trabalho, como: consulta médica, imunização, realização de exames complementares, condutas terapêuticas como cirurgia, entre outras. O resultado é o que se entrega para a população pela consulta realizada, alta hospitalar, vacina aplicada. Este resultado, porém, pode ser mensurado utilizando-se variáveis quantitativas (por ex. número absoluto de consultas), consulta processo e consulta resultado quando são agregadas variáveis de efetividade ao produto.

Em 1990, considerando a qualidade em saúde um tema muito complexo, Donabedian (apud SANTOS, 2004, p. 29), definiu o que seriam os “sete pilares da qualidade em saúde”:

- Eficácia – é a capacidade do cuidado, assumindo sua forma mais perfeita de contribuição para a melhoria das condições de saúde;
- Efetividade – o quanto que as melhorias possíveis nas condições de saúde são de fato obtidas;
- Eficiência – a capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde com o menor custo provável;
- Otimização – a mais favorável relação entre custo e benefício;
- Aceitabilidade – conformidade com as preferências do paciente, no que concerne à acessibilidade, à relação médico-paciente, às comodidades, aos efeitos e aos custos dos cuidados prestados;
- Legitimidade – conformidade com as preferências sociais relacionadas a tudo anteriormente mencionado;
- Equidade – igualdade na distribuição do cuidado e seus efeitos sobre a saúde.

Quadro 4: Os sete pilares da qualidade em saúde

Fonte: SANTOS (2004, p. 29).

Retornando aos documentos que serviram de base para este estudo, Dussault e Rigoli (2003, p. 5) afirmam que, do ponto de vista da complexidade da relação entre fornecedores e usuários, a melhora da qualidade possui muitos desafios, como os obstáculos impostos pelos cortes orçamentários, e a ausência de congruência entre os valores da reforma e os valores dos trabalhadores, que para os autores se traduzem nos níveis de desempenho e satisfação dos

⁸² DONABEDIAN, A. Enfoques basicos para la evaluacion: estructura, proceso e resultado. In: **La calidad de la atencion medica: definicion y metodos de evaluacion**. Mexico: La Prensa Medica, 1986.

usuários. Outros elementos destacados são as taxas de absenteísmo, os níveis de rotatividade do pessoal, e de baixo moral dos trabalhadores (aspecto comumente relacionado com o pessoal da enfermagem).

Um dado interessante presente no texto de Dussault e Rigoli (2003, p. 7) é uma relação estabelecida entre a qualidade percebida, a qualidade técnica, e o número da equipe de trabalhadores. Assim, a partir de um estudo⁸³, os autores afirmam que embora uma diminuição “equilibrada” na equipe da enfermagem não traga prejuízos para a qualidade técnica dos serviços, essa diminuição da equipe traria implicações negativas na qualidade percebida (satisfação dos usuários).

Já na introdução do texto de Dal Poz e Varella (2000, p. 133), a qualidade dos serviços aparece atrelada ao conceito de produtividade do trabalho. Como o objeto de estudo destes autores são os sistemas de remuneração e incentivos do trabalho, ao tratar dos sistemas de remuneração vigentes (por tempo e por resultado ou rendimento), os autores consideram que:

No sistema de remuneração por tempo o pagamento pelo trabalho é função do tempo que o trabalhador coloca à disposição do empregador, ou seja, o trabalhador, cumprindo o tempo acordado, tem garantida sua remuneração ao final do mês. Teoricamente nem o volume nem a qualidade da produção interferem no ganho estabelecido. (DAL POZ, VARELLA, 2000, p. 136)

Se por um lado, visto que no sistema de remuneração por tempo a qualidade não está assegurada, por outro, no sistema de remuneração por resultado, ela estaria garantida:

Neste sistema, a remuneração é efetivamente determinada ao término da tarefa e depende do resultado alcançado. Esta modalidade de remuneração via de regra classifica-se como individual (produto por empregado, ou prêmio), de grupo (produto por grupo de empregados ou prêmio), de empresa (por prêmio, redução de custos). A RPR se baseia na idéia simples e muito difundida sobre a motivação dos seres humanos. De forma simples, se é oferecido mais dinheiro em troca de um maior esforço, ou por outro ângulo se obterá esse maior esforço via incentivo remuneratório. (DAL POZ, VARELLA, 2000, p. 136)

As estratégias propostas para se alcançar a qualidade dos serviços compreendem as mudanças nos processos de trabalho. Dussault e Dubois (2004, p. 8), ao tratar das estratégias denominadas por eles de “revisão dos padrões de provisão do cuidado”, salientam que é

⁸³ O estudo em questão é Needleman, J., Buerhaus, P., Potter, V., Mattke, S., Stewart, M., Zelevinsky, K. (2001): "Nurse Staffing and Patient Outcomes in Hospitals. Final Report for Health Resources Services Administration", Contract No. 230-99-0021. Harvard School of Public Health <ftp://ftp.hrsa.gov/bhpr/nursing/staffstudy/staffing-outcomes.pdf>

preciso redefinir os papéis profissionais e integrar os serviços. Desta maneira, os profissionais de saúde deveriam ser mais flexíveis, versáteis, e possuírem habilidades e destrezas para o trabalho em equipe. Essas recomendações estão presentes em todas as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em saúde no Brasil.

De acordo com Peduzzi (2001, p. 103), a “proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde”. De fato, a crescente especialização na área da saúde colaborou com a fragmentação da assistência, mas existem outros elementos envolvidos, como é o caso da hegemonia médica. Mas é necessário pensar como estimular o trabalho em equipe dentro de uma tendência que apregoa a remuneração pautada na avaliação individual do desempenho.

Outro aspecto levantado pelos autores diz respeito à ampliação das ações da equipe “não-médica” no fornecimento dos serviços de atenção primária à saúde, com um uso maior de métodos de tratamento alternativo e de profissionais não-tradicionais. Este aspecto parece repetir as recomendações presentes em Banco Mundial (1975; 1993), com a defesa declarada dos trabalhadores de atenção primária em saúde.

Uma das estratégias recomendadas refere-se à qualificação profissional, que influencia na qualidade técnica. Em relação a ela, é apresentada como uma vinculação entre as qualificações, as atitudes e as habilidades. Em Dussault e Rigoli (2003, p. 6), a qualificação profissional aparece como treinamento:

As atividades do treinamento significam alinhar os valores e as atitudes dos trabalhadores com os objetivos declarados do processo da reforma. Tendem a agradar os reformadores porque são visíveis ao público, e ao ser vistas positivamente - embora não sempre por razões corretas - pelos trabalhadores, por exemplo quando significa meramente uma oportunidade de ganhar diárias, ou de viajar.⁸⁴ (DUSSAULT, RIGOLI, 2003, p. 6)

São recomendadas estratégias que visem mudanças nas atitudes profissionais, com incremento na motivação (DAL POZ e VARELLA, 2000, p. 145-6) e no “contrato psicológico”, compreendido como a relação não remunerada existente entre o trabalhador e o serviço de saúde (DUSSAULT, RIGOLI, 2003). Disto decorreria uma melhoria no desempenho profissional. Mas, apesar de não ser uma relação declarada no documento, é

⁸⁴ *Training activities mean to align the workers values and attitudes with the declared objectives of the reform process. They tend to be liked by reformers because they are visible to the public, and seen positively- although not always for the right reasons- by workers, for instance when it means merely an opportunity to collect per diems, or to travel.* (DUSSAULT, RIGOLI, 2003, p. 6. Tradução livre)

possível relacionar esta estratégia com o fim de obstruções aos processos de reformas, como já foi referenciado anteriormente.

Finalmente, no sentido de garantir ao consumidor/usuário que os serviços prestados possuem de fato qualidade, estão sendo disseminadas idéias que defendem o uso de mecanismos de controle da qualidade, onde serão avaliados as instituições (como é o caso dos sistemas de acreditação hospitalar) e também os trabalhadores (mecanismos de certificação profissional). Atrelado a isto, recomenda-se a adoção dos sistemas de incentivos financeiros condicionados pelo desempenho profissional/institucional.

3.2 – A racionalidade das “Políticas de Recursos Humanos em Saúde”

Ao longo deste capítulo foram apresentadas as recomendações presentes nos documentos do Banco Mundial e da OPAS que constituem parte do *corpus* documental desse trabalho. Conforme foi visto, as recomendações sobre a implementação de “Políticas de Recursos Humanos em Saúde” são expressas na defesa por reformas setoriais balizadas pelos conceitos de eficiência, qualidade e equidade. Esses conceitos tinham em comum uma mesma lógica, a lógica da produtividade, que visa produzir mais serviços com a utilização de uma quantidade cada vez menor de recursos.

Entretanto, apesar do discurso expresso, ou declarado, a leitura dos documentos permitiu apreender uma racionalidade que subjáz ao discurso, algo que não está escrito, mas que está presente. É sobre esta racionalidade que este tópico vai tratar.

O texto de Dussault e Dubois (2004, p. 1) fornece elementos imprescindíveis à compreensão da racionalidade das propostas de “Políticas de Recursos Humanos em Saúde”. Estes autores argumentam que ao se reconhecer o caráter fundamental que as questões de “recursos humanos” em saúde apresentam, o estabelecimento de políticas mais racionais neste campo se impõe como condição *sine-qua-non* para a execução bem sucedida de políticas de saúde.

Sobre este argumento eles desenvolvem uma análise, com o intuito claro de prescrever que os governos nacionais dediquem uma atenção especial às políticas de “recursos humanos” em saúde como parte da dita “agenda” das políticas nacionais de saúde. Segundo Dussault e

Dubois (2004, p. 5), questões relacionadas à força de trabalho em saúde constituiriam a matéria mais complexa na agenda internacional de reformas na saúde. Para estes autores, o sucesso das reformas setoriais compreenderia três etapas – o planejamento, o desenvolvimento e a execução – e neste processo, seria necessário dar atenção a três dimensões: financiamento; transformação estrutural; e os recursos humanos envolvidos. Pautados em análises de processos de reformas já implementados ou em implementação, os autores concluem que a principal falha, responsável pelo fracasso que se expressa no não alcance das metas, consiste na insuficiente atenção que via de regra é dispensada às questões dos trabalhadores de saúde (DUSSAULT, DUBOIS, 2004, p. 3-4).

Ou seja, com base nestes argumentos, é possível afirmar que há uma ligação direta entre o fracasso no alcance das metas das reformas setoriais e a ação em relação aos trabalhadores. Dentre os erros e insuficiências verificados por Dussault e Dubois (2004, p. 4-5), estão uma limitada concepção de gestão de “recursos humanos”; uma dispersão de responsabilidades e falta de coordenação nas ações; reações dos trabalhadores diante das mudanças na gestão; subordinação das ações destinadas aos “recursos humanos” aos critérios econômicos; e, finalmente, uma visão a curto-prazo, imediatista, das questões de “recursos humanos”.

Três argumentos centrais são levantados pelos autores no sentido de defender a necessidade da existência de políticas específicas de “recursos humanos” no interior das políticas de saúde: (1) dependência setorial de uma força de trabalho apropriada em termos de competências e nível de esforço (trabalhadores apresentados como capital estratégico); (2) os trabalhadores esclareceriam a proporção elevada de gastos, sejam eles diretos (vencimentos) ou indiretos (prescrição de procedimentos); e (3) o desempenho dos trabalhadores do setor determinaria a qualidade de serviços de saúde, sua eficácia, eficiência, acessibilidade e viabilidade (esse desempenho seria determinado pelas políticas e pelas práticas que definem o número da equipe de funcionários, as qualificações, a distribuição e as condições de trabalho) (DUSSAULT, DUBOIS, 2004, p. 5-6).

De acordo com Dussault e Dubois (2004, p. 9-11), os sistemas de saúde devem antecipar os efeitos potenciais que as tendências sociais macroscópicas podem acarretar neles e na sua força de trabalho, conseqüentemente interferindo na provisão dos serviços. As tendências elencadas são: transição tecnológica; telemedicina; transição sociodemográfica; globalização dos mercados; mudança comportamental dos consumidores e em seus

relacionamentos com profissionais de saúde; e, mobilidade da força de trabalho e “pirataria de cérebros”. Assim, com estas tendências macroscópicas atuando sobre os trabalhadores do setor, a gestão adequada neste âmbito seria uma garantia do bom desempenho dos sistemas de saúde e de sucesso nas reformas.

A racionalidade contida nas propostas de “políticas de recursos humanos em saúde” permitiu apreender uma releitura da teoria do capital humano, dentro de um viés adequado às atuais demandas de qualificação do trabalhador na atualidade, mas ainda embrenhada na concepção de que o capital humano é um capital estratégico para as nações, com um forte cunho ideológico, a serviço do capital.

Por outro lado, existe um forte apelo em “alinhar” os trabalhadores aos objetivos das reformas. Deste modo, compreende-se que a formação preconizada para os trabalhadores da saúde está de acordo com os objetivos de reforma, cuja lógica é o aumento da produtividade do setor.

Ao mesmo tempo, as “Políticas de Recursos Humanos em Saúde”, compostas por elementos de gestão do trabalho, atuariam como estratégia de controle do grande contingente de trabalhadores da saúde. O caráter de controle da força de trabalho torna-se mais claro com a leitura do texto de Dussault e Rigoli (2003), que descreve as experiências já relatadas na literatura da área, sobre as resistências dos trabalhadores diante dos processos de reforma. Assim, ao identificar quais as situações que geram resistências, e qual o tipo de trabalhador (nível superior ou técnico) que responde, os autores vão traçando recomendações sobre como evitar estas “obstruções” aos processos de reforma.

Tendo em vista estes elementos, pode-se concluir que o teor das “políticas de recursos humanos em saúde” consiste em mudança nas práticas de gestão, sendo que uma das estratégias para alcançar este objetivo (que em última instância se traduziria pelo sucesso das reformas) é a questão da formação/qualificação profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa pesquisa teve como principal objetivo investigar quais são os principais conceitos presentes nos documentos de Organismos Internacionais que apregoam o desenvolvimento de “Políticas de Recursos Humanos em Saúde” nos sistemas nacionais de saúde dos países periféricos para compreender de que modo essas recomendações se articulam com a tendência política mais ampla de focalização das políticas sociais verificada na última década. Interessava-nos discutir as “Políticas de Recursos Humanos em Saúde” dos Organismos Internacionais identificando as prioridades da reforma e suas implicações para os trabalhadores do setor; investigar a racionalidade das políticas de gestão dos trabalhadores de saúde e como a formação profissional participa deste processo; além de identificar aspectos de continuidade ou rupturas das recomendações dos Organismos Internacionais com os princípios e diretrizes do SUS.

A pesquisa teve início com uma discussão sobre os Organismos Internacionais e o papel fundamental que essas instituições desempenharam na difusão de idéias e implementação de políticas que iam ao encontro dos interesses do grande capital internacional e nacional. Neste sentido, a tendência mais ampla que vem caracterizando a atuação dos Organismos Internacionais no que tange às políticas sociais nos países periféricos é a focalização das ações sociais públicas, vinculada a um discurso humanitário de combate à pobreza. Como se pode verificar a partir das leituras dos documentos do Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 1975; 1993), essa tendência, dentro de graus variados, sempre esteve presente. Note-se a ênfase na criação de dois sistemas de saúde, um público e outro privado, onde ao primeiro caberiam as ações de atenção primária, de prevenção e promoção da saúde e alguns procedimentos mais complexos e ao segundo, destinado apenas a quem tem condições de comprar os serviços, seria responsável pelas ações de atenção secundária e terciária.

Desta maneira, conclui-se que a focalização das políticas sociais responde aos interesses capitalistas de contenção das massas populares. É sabido que as condições de vida dos trabalhadores estão em crescente precarização, o que torna o levante das massas à ordem capitalista estabelecida uma ameaça constante. Desta maneira, ao promover as políticas sociais, os Estados nacionais objetivam entre outras coisas, aliviar contradições, evitar conflitos e o fazem, cada vez mais, direcionando as ações e serviços públicos para populações

específicas, grupos em situação de risco ou vulneráveis, cujas necessidades são mais prementes.

É neste contexto que foram estabelecidas as “Políticas de Recursos Humanos em Saúde”. Nossa tese é de que estas recomendações estão fortemente vinculadas à diretriz de focalização das ações sociais públicas, relacionadas à criação de uma governabilidade em sentido amplo. Nesta perspectiva, à lógica produtivista característica do discurso presente nos documentos se associam produzir mais serviços com a utilização de menos recursos e com a obtenção da máxima governabilidade possível.

Isso foi discutido ao longo do Capítulo 3, no qual foram identificadas as justificativas para a continuidade das reformas e os principais conceitos difundidos principalmente em documentos do Banco Mundial e da OPAS. Conforme se verificou, os defensores da continuidade de reformas no setor de saúde partem de um duplo diagnóstico. Afirmam a existência de uma crise capitalista mundial e também uma crise no setor de saúde. Essa crise é reafirmada com base nos alarmantes indicadores de saúde que, segundo os defensores de reformas, não teriam correlação com o montante de recursos destinado ao setor. Isso se pauta na afirmação dos organismos internacionais de que não há indicadores que evidenciem que maiores investimentos no setor redundariam em melhores resultados na saúde.

Desta maneira, o cerne das recomendações presentes nos documentos de Organismos Internacionais consultados nesta pesquisa está na redução de custos com o setor associada a um maior fornecimento de serviços, o que resultaria no aumento da produtividade do setor. Os documentos apontam alguns caminhos para se alcançar uma melhoria nos indicadores, associada à necessária redução dos investimentos no setor. A sugestão é que os sistemas nacionais de saúde adotem como objetivo alcançar eficiência, equidade e qualidade.

A primeira observação que se impõe diz respeito ao próprio “diagnóstico” dos problemas dos sistemas nacionais de saúde dos países periféricos. Os problemas são apresentados dentro de um modelo a-crítico e a-histórico. Assim, num raciocínio linear, ao apresentar os problemas de saúde como decorrentes de práticas assistenciais ou gerenciais inadequadas, a recomendação de que a gestão sejam aprimoradas nos leva a crer que disto resultará a solução dos problemas de saúde.

É sabido que o estado de saúde de um grupo ou de um indivíduo é uma das formas de expressão do conjunto das determinações sociais que atuam sobre este grupo ou indivíduo. Neste sentido, a justificativa de não-correlação entre investimentos em saúde e resultados em

termos de indicadores de morbi-mortalidade pode ser contestada, levando-se em conta que não são apenas os gastos diretos com o setor que definirão o estado de saúde de uma população. Nele interferem as condições de moradia, o saneamento básico, a nutrição, a escolarização, o acesso à cultura, transporte, e ao trabalho, entre tantos outros.

Nesta acepção unicausal do processo saúde-doença que caracteriza o discurso dos documentos consultados nesta pesquisa, há uma individualização das responsabilidades. É justamente por esta concepção que se atribui aos trabalhadores da saúde a responsabilidade pela situação de saúde do município, estado ou país. No limite, a responsabilidade é dividida entre trabalhador e usuário.

Por sua vez, os conceitos identificados como norteadores das reformas setoriais de saúde foram eficiência, equidade e qualidade. Esses conceitos caracterizam-se por uma positividade. Quem se disporia a questionar que seus sistemas nacionais de saúde fossem dotados de eficiência, equidade e qualidade, especialmente diante dos indicadores de saúde? Mas há que se ter clareza que o significado real desses conceitos está na dependência de quem os está utilizando e a qual projeto de sociedade se vinculam. Sobre o uso discursivo de vocábulos carregados de positividade relacionados às políticas de profissionalização docente, no campo das políticas educacionais, Shiroma (2003) salienta:

Certamente a questão não é ser contra ou favor de qualidade, competência, produtividade e eficiência. Não é isso que está em pauta e não eram estes os verdadeiros fins desta política. Como tentamos explicar, a preocupação desta reforma foi modelar um novo perfil de professor, competente tecnicamente e inofensivo politicamente, um *expert* preocupado com suas produções, sua avaliação e suas recompensas. (SHIROMA, 2003, p. 74)

Merece destaque a lógica presente nas recomendações, ou seja, a lógica da produtividade. Essa lógica está de acordo com a diretriz maior que vem norteando a organização das políticas de saúde, ou seja, a diretriz de focalização. Objetiva-se produzir mais serviços, via expansão da rede básica, num custo total reduzido. Estes serviços precisam ser dotados de algumas características, como a eficiência, especialmente na sua dimensão técnica. No bojo da focalização, vinculada ao discurso de combate à pobreza, a universalização da atenção básica reflete a equidade sugerida nos documentos. Além disso, o caráter de promoção da coesão social que essas políticas focalizadas e de combate à pobreza

camuflam sob seu discurso humanitário de justiça social, é bem respondido pelo conceito de qualidade percebida ou sociocultural, nos termos presentes nos documentos.

Finalmente, além do forte viés economicista que permeia os documentos consultados, é necessário destacar que existem problemas, também, nas soluções apontadas pelos Organismos Internacionais. Ocorre uma total desconsideração dos processos internos ao país que originaram seus sistemas nacionais de saúde, como por exemplo o SUS brasileiro. Deste modo, as soluções economicistas sobrepõem-se às necessidades sociais. O objetivo não é promover a eficiência, eficácia e efetividade das políticas nacionais, mas sim transformá-las de acordo com os princípios exportados pelos Organismos Internacionais. Ou seja, não seria mais as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade que devem nortear as políticas públicas no Brasil, mas sim a busca por produtividade, eficiência técnica, equidade e qualidade percebida.

Se os mecanismos de avaliação e mesmo de coerção dos trabalhadores da saúde propostos nos documentos forem levados a cabo, é possível aventar que a lógica vai se sobrepondo à política. Como ilustração, a remuneração de um trabalhador vai ser vinculada ao seu desempenho, e este desempenho depende de seu padrão de produção, da sua taxa ótima de ocupação, resumidos na produtividade individual. Nesta situação caberia indagar como colocar em prática a política de Humanização da Assistência (HumanizaSUS)⁸⁵ que o Ministério da Saúde vem divulgando?

Certamente, para além dos objetivos declarados nas propostas de implementação de “Políticas de Recursos Humanos em Saúde” difundidas por Organismos Internacionais existe o interesse da classe capitalista em ampliar seu espectro de atuação mercantil. Deste modo, sendo o setor de saúde brasileiro organizado como um sistema único de saúde, de caráter social e público, pautado pela defesa da vida e na noção de saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS acaba por constituir-se em um entrave para a ação do capital privado.

Essas proposições políticas atendem a dois propósitos; de um lado camuflam o interesse de ampliação de mercado, por outro, como foi dito, no interior da diretriz de focalização, permite assegurar certa governabilidade frente a eclosão de potenciais conflitos que caracterizam a sociedade contemporânea.

⁸⁵ Sobre a Política Nacional de Humanização – PNH, consultar:
http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/instrumento_det.php?co_inst_pns=17.

Neste momento, é importante destacar uma articulação entre os capítulos 2 e 3, relacionando os objetivos encontrados nos documentos consultados com a gestão do trabalho em saúde. Assim, pretendeu-se recuperar alguns elementos que demonstram que para além do objetivo declarado de melhorar os sistemas nacionais de saúde existe um objetivo implícito de implantar uma estratégia de controle dos trabalhadores do setor. Se ao longo dos capítulos 1 e 2 foi possível compreender a focalização das ações sociais, especialmente dos serviços de saúde como uma das estratégias de governabilidade utilizada pelo capital, ao longo do capítulo 3 pode-se inferir que as estratégias de “Políticas de Recursos Humanos em Saúde” seguem a mesma lógica, embora não possa ser designada de governabilidade. Elas também estão inseridas num contexto de gerenciamento do contingente da força de trabalho que, dentre outras coisas, pode gerar resistências ao processo de reforma.

Dentre as estratégias de redução de custos com o setor de saúde, preconiza-se um uso mais eficiente dos trabalhadores de saúde, com adequada distribuição e utilização. Outra uma recomendação sempre presente é a de ampliação da equipe de trabalhadores com baixa qualificação, ou o que Shiroma (2003) denominou de “paraprofissionais”. Vale relembrar os primeiros documentos do Banco Mundial, como de 1975 e 1993, que já recomendavam o uso de práticos em saúde, como parteiros e curandeiros, chegando mesmo a afirmar que estes sujeitos promoveriam um cuidado à saúde mais eficaz que os trabalhadores que receberam uma formação adequada.

No Brasil, um dos aspectos que vem caracterizando a jornada de trabalho na área da saúde é a separação entre as atividades de concepção e execução das tarefas. A ênfase no barateamento das ações e serviços de saúde atrelada à centralidade na atenção básica, sob a justificativa de busca de eficiência, tem levado à adoção de protocolos de atendimento. Esses protocolos são bastante rígidos, e elaborados em condições distintas daquelas onde serão aplicadas. É o caso dos protocolos de avaliação nutricional de crianças, executados por ACSs no âmbito da comunidade, em programas como o PACS e o PSF. A avaliação nutricional, que deveria ser realizada por nutricionista, passa a ser feita por vários ACS dentro de um mesmo custo total. Além da separação entre concepção e execução, há aqui uma clara relação de barateamento tanto dos custos do procedimento, quanto da sua qualidade técnica.

Outro fator que se relaciona com a adoção de novas modalidades de formação dos trabalhadores do setor vincula-se às proposições sobre a organização dos processos de trabalho em saúde. De acordo com os objetivos de reforma explicitados ao longo do Capítulo

3, de eficiência, equidade e qualidade, e também recuperando as estratégias propostas para alcançá-los, fica clara a tendência a uma excessiva tecnificação dos atos. A busca pela produtividade requer conhecimentos instrumentais, que possibilitem a resolução rápida de problemas. É possível incluir também a utilização de indicadores de produtividade e a avaliação do desempenho individual, capaz de gerar acréscimos ou decréscimos nos vencimentos dos trabalhadores.

Desta maneira, a discussão sobre o modo de agir nos serviços acaba suprimindo a discussão sobre a razão de ser dos serviços de saúde, quer dizer, sobre a finalidade desses serviços. Os trabalhadores são hoje impelidos a centrar suas discussões nos meios, e não mais na finalidade das ações e serviços de saúde, e menos ainda nas causas que originaram os problemas de saúde. No Brasil, isso ocorre porque o processo de trabalho em saúde já está orientado pelo cumprimento de metas institucionais, como vacinação, cobertura dos exames pré-natal e preventivo, entre outras tantas. São metas estabelecidas centralmente, pelo Ministério da Saúde, e que devem ser obtidas pelos trabalhadores que atuam em áreas urbanas centrais, na periferia das cidades, em regiões rurais, em aldeias indígenas, nas áreas ribeirinhas da Amazônia Legal. Não importa o perfil sócio-demográfico, econômico e cultural, mas sim o alcance das metas.

Mas além dessa premência imediatista imposta pelas metas, que impede uma compreensão mais ampla dos problemas de saúde, e da finalidade dos serviços, há hoje na saúde um movimento relacionado com os processos formativos que também se centra na resolução de problemas, em conteúdos que possuam uma vinculação direta com a atuação prática. Se o objetivo do Ministério da Saúde é alcançar maior integralidade da assistência por meio da ruptura com o modelo biomédico de ensino, como isso será possível com o rebaixamento dos conteúdos de caráter humano e social dos currículos, cada vez mais centrados em conhecimentos instrumentais?

É desta maneira que a qualificação profissional dos trabalhadores de saúde participa na gestão desses trabalhadores. Ao passo que possibilita qualidade técnica dentro da lógica da produtividade, a qualificação dos trabalhadores, centrada nos aspectos técnicos, possibilita uma reduzida avaliação crítica acerca das condições de saúde e doença vigentes, assim como acerca da organização mais ampla da sociedade.

Com base nos achados, pode-se afirmar que os Organismos Internacionais, especialmente o Banco Mundial, continuam sendo o grande difusor das reformas do Estado e

setoriais, assim como se pode verificar no Brasil ao longo da década de 1990. Eles continuam ativos na difusão de orientações políticas que visam aprofundar os processos de reforma, objetivando, entre outras coisas, reduzir o espectro dos direitos sociais adquiridos historicamente e também diminuir os recursos destinados aos setores sociais, produzindo mais com menos dinheiro e com um grau de contenção social aceitável à ordem capitalista.

As proposições presentes nos documentos dos Organismos Internacionais, sintetizadas nos conceitos de eficiência, qualidade e equidade, referentes ao estabelecimento de “Políticas de Recursos Humanos em Saúde” estão articuladas à progressiva centralidade que a atenção básica está assumindo no interior do SUS, situação essa que impõe uma barreira ao princípio da universalidade da assistência. As propostas políticas em questão trazem orientações para a gestão e formação dos trabalhadores de saúde. Neste cenário, a formação profissional consiste em uma estratégia a longo prazo para a gestão da força de trabalho em saúde, visando a sua atuação na rede pública básica de assistência.

As prescrições para a formação profissional presentes nos documentos revelam uma articulação entre a formação e a centralidade na atenção básica, cujas implicações podem ser um rebaixamento dos conteúdos, tendo em vista que o que vem caracterizando os serviços nesse nível de atenção é uma assistência precária, realizada por trabalhadores subqualificados. Além disso, a ênfase nos trabalhadores do setor encontrada em documentos e discursos possui um duplo caráter: econômico e ideológico. O aspecto econômico relaciona-se com a redução dos investimentos públicos em políticas sociais que caracteriza o capitalismo contemporâneo, tendo em vista que o montante do orçamento destinado ao pagamento dos trabalhadores é percentualmente importante associado a um aumento da produtividade dos trabalhadores do setor. O caráter ideológico relaciona-se com uma individualização das responsabilidades, onde a saúde deixa de ser compreendida como um direito de todos e um dever do Estado e passa para os auspícios de cada trabalhador que presta os serviços; por exemplo, aspectos como a estrutura física ou o montante de recursos repassados são colocados em segundo plano, submetidos a uma pretensa qualidade técnica e relacional de cada trabalhador individualmente. Outro exemplo de seu caráter ideológico é o discurso que apregoa que “políticas de recursos humanos” são essenciais para a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade dos serviços de saúde.

Conforme se anunciou na introdução deste trabalho, a área educacional também foi alvo de reformas. Especialmente na década de 1990, os trabalhadores da educação estiveram

no foco das ações reformistas, assim como se verifica atualmente no setor da saúde. Isso permite afirmar que as informações coletadas nesta pesquisa acerca do processo que se verifica atualmente no setor de saúde é que as propostas de reformas não consistem em um projeto isolado para os sistemas nacionais de saúde mas estão no interior de um projeto mais amplo, um projeto conservador que, nas palavras de Oliveira (2000) tem por objetivo a gestão do trabalho e da pobreza.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educ. Soc.** Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996. 71p.
- BOITO JUNIOR, Armando. Neoliberalismo e Trabalhadores. In: _____. **Política Neoliberal e Sindicalismo no Brasil**. São Paulo: Xamã Editora, 1999. p. 77-110.
- BRASIL. **ABC do SUS** – Doutrinas e princípios. Ministério da saúde: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Brasília, 1990.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil** (1988). Brasília: Senado Federal, Gabinete do 4º Secretário, 2000a.
- _____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: **Legislação Básica do SUS** – 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2000b.
- _____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. In: **Legislação Básica do SUS** – 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2000c.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CES/CNE n. 1210/2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União, Brasília, 10 de dezembro de 2001b, Seção 1, p. 22. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210_01.pdf. Consultado em 12 de abril de 2007.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CES/CNE n. 1133/2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União, Brasília, 3 de outubro de 2001a, Seção 1E, p. 131. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1133.pdf>. Consultado em 12 de abril de 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2430/2003**. Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências. Brasília, 23 de dezembro de 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. As bases legais que exigem uma política do SUS para a mudança na graduação em saúde. 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=386. Consultado em 23 de agosto de 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **SUS: diretrizes para formulação de política de recursos humanos**. Brasília, 1989.

CAETANO, Rosangela. Paradigmas e Trajetórias do Processo de Inovação Tecnológica em Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 71-94, 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da Reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G.W. S.; MERHY, E.E; NUNES, E.D. **Planejamento sem normas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CARVALHO, Ruy de Quadros. **Tecnologia e Trabalho Industrial** – as implicações sociais da automação microeletrônica na indústria automobilística. Porto Alegre: L&PM, 1987. 237p.

CASTRO, Ramon Peña. Escola e Mercado: a escola face à institucionalização do desemprego e da precaridade na sociedade colocada a serviço da economia. **Rev. Perspectiva**, Florianópolis, v. 22, n. 01, p. 79-92, jan./jun. 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, 2002. p.9-36.

_____.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 2, p. 373-383. 2002.

COGGIOLA, Osvaldo. Neoliberalismo, futuro do capitalismo? In: KATZ, Cláudio; COGGIOLA, Osvaldo. **Neoliberalismo ou Crise do Capital?** 2. ed. São Paulo: Xamã, 1996. p. 195-202.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOB, P. R.; KARSCH, U. S. **A Saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991. 164 p.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **Educação e Contradição**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2000. 134p.

DALE, Roger. Globalização e educação: demonstrando a existência de uma “cultura educacional mundial comum” ou localizando uma “agenda globalmente estruturada para a educação”? **Educação, Sociedade & Culturas**, Porto, n.16, 2001. p. 133-169.

DINIZ, Eli. Globalização, Reforma do Estado e Teoria Democrática Contemporânea. **São Paulo Perspec.**, out./dez., 2001, v. 15, n. 4, p. 13-22.

DUARTE, Newton. As pedagogias do “aprender a aprender” e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento. **Rev. Brasileira de Educação**, Set/Out/Nov/Dez, n. 18, 2001, p. 35-40.

ESCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. In: Teixeira, Sonia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. p. 181-192.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Política Social do Estado Capitalista**: as funções da Previdência e da Assistência Social. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **Saber Profissional e Poder Institucional**. São Paulo: Cortez, 1985.

FONSECA, Marília. O financiamento do Banco Mundial à educação brasileira: vinte anos de cooperação internacional. In: TOMMASI; Livia de; WARDE, Mirian Jorge; HADDAD,

Sergio. **O Banco Mundial e as Políticas Educacionais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998. p. 229-251.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **A produtividade da escola improdutiva** – um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômico-social capitalista. 2 ed. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1984. 235 p.

_____. **Educação e a Crise do Capitalismo Real**. São Paulo: Cortez, 1995. 231 p.

GURGEL, Cláudio. **A gerência do pensamento** – gestão contemporânea e consciência neoliberal. São Paulo: Cortez, 2003. 191 p.

HOBSBAWN, Eric J. **Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991**. 2 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2001. 632 p.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Acesso e Utilização de Serviços de Saúde/2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005

ITO, A. M. Y.; IVAMA, A. M.; NUNES, E. F. P. A. Diretrizes gerais para a educação dos profissionais de saúde do século XXI. **Olho mágico**. Londrina, PR, ano 4, n. 15, p. 12-14, jan./mar., 1998.

JORGE, Marco Antonio. Caracterização dos Serviços e Mensuração de seu Produto. In: _____. **Capacidade de Absorção e Qualidade do Emprego no Setor de Serviços**. São Paulo: Tese de Doutorado apresentada à Fundação Getúlio Vargas/SP, 2000. 71p. (mimeo)

KUENZER, Acacia. **Ensino Médio e Profissional: as políticas do Estado neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1997. 103 p.

LAFORGIA, Jerry. Reforma do Sistema de Saúde na América Latina e no Caribe e o Banco Mundial. In: **Seminário Internacional: tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas**. São Paulo: SAS/MS, 11 a 14 de agosto de 2002. Disponível em: http://www.opas.org.br/servico/temas_documento_detalhe.cfm?CodSubTema=66&CodEspecifico=4850. Consultado em março de 2006.

LAURELL; Asa Cristina. Avançando em relação ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, Asa Cristina (Org.). **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995. p. 151-178.

MACÊDO, Carlyle Guerra de. **Notas para uma História Recente da Saúde Pública na América Latina**. Brasília: OPAS/OMS - Representação do Brasil, 1997. 107 p.

MANACORDA, Mario Alighiero. **História da Educação: da Antiguidade aos nossos dias**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1989. p. 227-307.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento): 163-171, 2002.

_____. O Governo Lula e a Contra-Reforma Previdenciária. **São Paulo em Perspectiva**, 18(3): 3-15, 2004.

MARTINS, Maria Inês Carsalade; DAL POZ, Mario Roberto. A Qualificação de Trabalhadores de Saúde e as Mudanças Tecnológicas. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 8(2): 125-146, 1998.

MARX, K. **O Capital**: Crítica da Economia Política. 2. ed. Trad.: BARBOSA, R.; KOTHE, F. R. São Paulo: Nova Cultural, 1985. Série Os Economistas. Volume I.

MATTOS, Ruben Araújo de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciênc. saúde coletiva**, 2001, vol.6, no.2, p.377-389.

MEDEIROS, Soraya Maria; ROCHA, Semíramis Melani Melo. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. **Ciênc. saúde coletiva**, vol. 9, n. 2, p. 399-409, 2004.

MENDES, Áquilas Nogueira. **Financiamento, Gasto e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)**: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001). Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas – Instituto de Economia, 2005. 422p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Educação Profissional** – Referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico. Área profissional: Saúde. Brasília: Ministério da Educação, 2000. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/saude.pdf>. Consultado em abril de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Chamado à Ação de Toronto** – Rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas (2006-2015). Brasília, 2006a.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php> Consultado em setembro de 2006b.

NEGRÃO, João José de Oliveira. O governo FHC e o neoliberalismo. **Revista Lutas Sociais**. São Paulo: Xamã, n.1, nov, 1996. p. 103 – 111.

NETTO, José Paulo. **Crise do Socialismo Real e Ofensiva Neoliberal**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1995. 92 p.

_____. O Materialismo Histórico como Instrumento de Análise das Políticas Sociais. In: NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon (Orgs.). **Estado e Políticas Sociais: Brasil - Paraná**. Cascavel: Edunioeste, 2003. p. 11 – 28.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciênc. saúde coletiva**, 2001, vol.6, no.2, p.445-450.

OFFE, Claus. **Capitalismo Desorganizado** – Transformações contemporâneas do trabalho e da política. Trad. BRANT, W. C. 2 ed. 1. reimpressão. São Paulo: Brasiliense, 1995. 322 p.

OLIVEIRA, Dalila Andrade. Mudanças na organização e na gestão do trabalho na escola. In: _____ (Org.). **Política e Gestão da Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2002. p. 125-143.

_____. **Educação Básica: gestão do trabalho e da pobreza**. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____.; DUARTE, Adriana. Política educacional como política social: uma nova regulação da pobreza. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 23, n. 02, p. 279-301, jul./dez. 2005.

OMS. OPAS. **Día Mundial de la Salud – 2006**. OMS/OPAS: 2006. Disponível em: <http://www.observatoriorh.org/diamundialdelasalud/index-sp.html>. Consultado em 20 de abril de 2006.

OPAS. Brasil. **ObservaRH** – Observatório de Recursos Humanos de Saúde. OPAS/Brasil: 2006. Disponível em www.observaRH.org.br. Consultado em 07 de março de 2006.

OPAS. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2006: Crisis de los trabajadores de la salud impacta seriamente la capacidad de muchos países para luchar contra la enfermedad*. OPAS, 2006d. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps060407a.htm>. Consultado em 20 de abril de 2006.

_____. **Observatório de Recursos Humanos**. OPAS: 2006c. Disponível em: <http://www.lachsr.org/observatorio/esp/index.html>. Consultado em 23 de outubro de 2005.

_____. **Políticas de recursos humanos em saúde – Áreas temáticas**. OPAS/OMS, 2006b. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/areas.cfm>. Consultado em 07 de fevereiro de 2006.

_____. **Políticas de recursos humanos em saúde**. OPAS/OMS, 2006a. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/>. Consultado em 07 de fevereiro de 2006.

_____. OMS. Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. **A Nova Geração das Reformas nas Américas**. OPAS/OMS, 2001. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala4870.pdf>. Consultado em 05 de março de 2006.

_____. OMS. **Reforma Sanitária na América Latina e Caribe - Iniciativa Regional de Reforma do Setor Saúde na América Latina e no Caribe (LACHSR)**. OPAS/OMS, 2005. Disponível em: <http://www.opas.org.br/mostrantp.cfm?codigodest=508>. Consultado em 09 de março de 2006.

PAIM, Jairnilson, Silva. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: USP/Faculdade de Saúde Pública, 1994. 80p.

PAIVA, Beatriz Augusto. **A Política de financiamento da Assistência Social: A Imprecisa Tradução da LOAS**. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, 2003. Mimeo.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. *Rev. Saúde Pública*, fev. 2001, vol.35, no.1, p.103-109.

_____. ANSEMI, Maria Luiza. Evaluación del impacto del Profae en la calidad de los servicios de salud I. In: Maria Alice Roschke. (Org.). Evaluación en procesos de educación permanente y capacitación en salud: experiencias y lecciones. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2006, v. , p. 59-92.

PEREIRA, Larissa Dahmer. *Health sector workforce management in the 1990s*. **PHYSIS**, July/Dec. 2004, vol.14, no.2, p.363-382.

PIOLA, Sérgio Francisco, VIANNA, Solon Magalhães e VIVAS-CONSUELO, David. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, 2002, vol.18 supl, p.181-190.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. 253 p.

PNUD. **As Metas do Desenvolvimento do Milênio: metas, objetivos e indicadores**. Disponível em: <http://www.undp.org.br/HDR/HDR2003/docs/Backup%20of%20As%20Metas%20de%20Desenvolvimento%20do%20Mil%C3%AAnio.doc>. Consultado em janeiro de 2007.

PORTO, Silvia Marta. **Eqüidade na Distribuição Geográfica dos Recursos em Saúde: Uma contribuição para o caso brasileiro**. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 1997. 193 p.

PUSTAI, Odalci José. O Sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 69-75.

RAW, Silvia. BID. As Atividades do BID no Setor Saúde. In: **Seminário Internacional: tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas**. São Paulo: SAS/MS, 11 a 14 de agosto de 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala4890.pdf>. Consultado em março de 2006.

REZENDE, Conceição. **Legislação Vigente Sobre a Gestão Pública do Trabalho no SUS**. Brasília, 2000. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/3nob_sus.htm#anexo1. Consultado em agosto de 2005.

RIGOLI, Felix. Os Observatórios de Recursos Humanos na América Latina. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatórios de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 17-27.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas: UNICAMP – FCM (Tese de Doutorado), 2000. 265 p.

_____. Focalização em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006, v.1, p. 147-151.

_____. **História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999. 112p.

RODRIGUES, Rosa Maria. **Diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil: Contexto, conteúdo e possibilidades para a formação**. Campinas, SP: UNICAMP – Faculdade de Educação (Tese de Doutorado), 2005. 253 p.

SANDRONI, Paulo (Org. e Supervisão). **Novo Dicionário de Economia**. 3 ed. São Paulo: Editora Best Seller, 1994. 375 p.

SANTOS, Neilton Santana. **Componentes e atributos que configuram a qualidade na Relação médico-paciente**. Tese (Doutorado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina (Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção), 2004. 123 p.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. In: **Caderno de Teses**. Florianópolis: III Encontro Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde, 2006.

SAYD, J. D.; VIEIRA JUNIOR, L.; VELANDIA, I. C. Recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **PHYSIS: Rev de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 165-195, 1998.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **Educação Médica e Capitalismo – Estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista**. Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1989, 133 p.

SHIROMA, E. O. O Eufemismo da Profissionalização. In: MORAES, M. C. M. (Org.). **Iluminismo às Avessas – Produção do conhecimento e políticas de formação docente**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p. 61-79.

SHIROMA, Eneida Oto; CAMPOS, Roselane Fátima; GARCIA, Rosalba Maria Cardoso. Decifrar textos para compreender a política: subsídios teórico-metodológicos para análise de documentos. **Rev. Perspectiva**, Florianópolis, v. 23, n. 2, jul/dez., 2005, p. 427-446.

_____; EVANGELISTA, Olinda. O Combate à Pobreza nas Políticas Educativas do Século XXI. In: **Anais VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais**. Coimbra, setembro de 2004a.

_____; EVANGELISTA, Olinda. Profissionalização como estratégia de gerenciamento de professores. In: **Anais V Congresso Luso-Brasileiro de História da Educação**. Coimbra, 2004b.

SOARES, L. T. Estado Brasileiro e as Políticas de Saúde: os riscos do desmonte neoliberal. In: NOGUERIA, F. M. G. (org.). **Estado e políticas sociais no Brasil**. Cascavel: Edunioeste, 2001, p. 46 - 57.

_____. Participação da enfermagem nas políticas sociais: a saúde e o combate à pobreza. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, p.13, abr./mai./jun., 2003.

STRAUB, Carla Daniele. **Educação Formal de Recursos Humanos em Saúde e o Ensino em Fisioterapia**. 2003. 112f. Trabalho de Conclusão de Curso (Fisioterapia) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, UNIOESTE, Cascavel, 2003.

TEIXEIRA, Regina C. F. A passagem do ‘direito ao trabalho’ para a ‘empregabilidade’: a privatização do espaço público através das políticas sociais de emprego na contemporaneidade. **Unimontes Científica**, v. 5, n.1, jan./jun., p. 83-94, 2003.

TEIXEIRA, Sonia Fleury; MENDONÇA, Maria Helena. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: Teixeira, Sonia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. p. 193-232.

UNESCO. PRELAC. **Proyecto Regional de Educación para América Latina y el Caribe**. Cuba, 2002. Disponível em: <http://www.unesco.cl/pot/prelac/focoest/2.act>. Consultado em 15 de agosto de 2005.

VIEIRA, Sofia Lerche. Políticas Internacionais e Educação – cooperação ou intervenção? In: DOURADO, Luis Fernando; PARO, Vitor Henrique (Org.). **Políticas Públicas & Educação Básica**. São Paulo: Xamã, 2001. p. 59 -89.

WHO. **Human Resources for Health – journal**. WHO, 2006b. Disponível em <http://www.human-resources-health.com/>. Consultado em 25 de setembro de 2005.

WHO. **Human Resources for Health**. WHO: 2006a. Disponível em <http://www.who.int/hrh/en/>. Consultado em 07 de março de 2006.

WORLD BANK. **Health Systems Development**. 2006. Disponível em: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHSD/0,,contentMDK:20190576~menuPK:438351~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376793,00.html>. Consultado em: 13 de novembro de 2005.

DOCUMENTOS ANALISADOS

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993:** investindo em saúde. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

BANCO MUNDIAL. **Salud:** *documento de reforma sectorial*. Washington D. C., 1975.

DAL POZ, M. R.; VARELLA, T. C. Guia de Metodologias para Análise de Sistemas de Remuneração e Incentivos dos Recursos Humanos do Setor Saúde. In: DAL POZ, M. R.; NOVICK, M.; VARELLA, T. C. GALIN. P. **Relaciones Laborales en el Sector Salud:** *fuentes de informacion y metodos de analisis*. Quito: OPAS/OMS, 2000. Série Observatorio de Recursos Humanos de Salud - 2. 182p.

DAL POZ, Mario Roberto; PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Christina. **Produtividade e Desempenho dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde.** Texto elaborado para a Organização Pan-americana de Saúde, (contrato ASC-97/00109-0). Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde (HSP) - Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos (HSR) – OPAS/OMS, junho, 1997. 22p. Disponível em: <http://www.paho.org/Portuguese/hsp/HSR/doc237.pdf>. Consultado em 10 de outubro de 2005.

DUSSAULT, Gilles; DUBOIS, Carl-Andy. *Human Resources for Health Policies: a critical component in health policies*. Washington –DC: **HNP Discussion Paper**, Setembro, 2004. 42p. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/DussaultDuboisHRHealthPolicies.pdf>. Consultado em 23 de novembro de 2005.

DUSSAULT, Gilles; RIGOLI, Felix. *The interface between sector reform and human resources for health*. Washington –DC: **HNP Discussion Paper**, Julho, 2003. 36p. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/DussaultRigoliInterface.pdf>. Consultado em 23 de novembro de 2005.

WHO. **Development of methodology to measure productivity of human resources for health**. Genebra: OMS, 1991. 24 p.

WHO. **Doctors for Health: a WHO Global Strategy for Changing Medical Education and Medical Practice for Health for all**. Genebra, 1996.

WHO. **The world health report 2006 - working together for health**. WHO, 2006c. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2006/en/>. Consultado em 20 de abril de 2006.

“Desculpe-me, mas não tive tempo de ser breve.”

Victor Hugo